Santé Canada Health Canada

Meilleures pratiques

Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

On peut obtenir, sur demande, la présente publicaiton sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)

Tél. : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Aussi disponible sur Internet : http://www.cds-sca.com

Also available in English under the title: *Best Practices – Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems*

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteure, et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le
ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001
N° de cat. H49-153-2001F
ISBN 0-662-85422-5

102-00407/

Meilleures pratiques
Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Préparé par
Janet C. Currie, Focus Consultants
pour
La Division de la Stratégie canadienne antidrogue
Santé Canada

stratégie canadienne antidrogue

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes de nous avoir aidés à réaliser ce projet :

- Virginia Carver (Division de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada), pour les conseils, l'appui et l'aide pratique qu'elle nous a apportés du début à la fin.

- Nancy Poole, pour son intérêt et son soutien et pour nous avoir aidés à définir, réviser et appuyer les objectifs et le contenu du projet.

- Les membres du Groupe de travail pour le cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le plan de recherche du Comité fédéral/provincial/territorial sur l'alcool et les autres drogues, pour nous avoir soutenus et aidés à choisir les experts et les ressources et pour les renseignements qu'ils nous ont fournis lors de l'élaboration de l'ébauche.

- Bette Reimer (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies) et Rob Harvey (Ministère de l'enfance et des familles de la C.-B.), pour nous avoir aidés à trouver les documents de référence.

- Tous les répondants qui ont apporté leur contribution à ce projet avec tant de bonne volonté et d'enthousiasme.

Personnel attaché au projet

Directrice de l'étude :
Janet Currie

Conseillère spéciale au projet :
Nancy Poole

Personnel de recherche :
Susanna Jani
Joanne Myers
Peggie-Ann Kirk

Rédaction du document :
Charlotte Coddington

Geoff Gosson

Traduction du document :
Les Traductions Houle Inc.

Table des matières

Résumé du rapport i

Section I : Contexte et description du projet. 1

1. Présentation et organisation 1
   - 1.1 Présentation et contexte 1
   - 1.2 Organisation 1
2. Buts et objectifs du projet 2
3. Sources d'information 2
   - 3.1 Entrevues auprès d'experts 3
     - 3.1.1 Choix et caractéristiques des experts 3
     - 3.1.2 Entrevues avec les experts : méthodologie 4
     - 3.1.3 Durée et procédure de l'entrevue 5
   - 3.2 Examen de la documentation 5
     - 3.2.1 Paramètres 5
     - 3.2.2 Premières sources de documentation 6
4. Paramètres du projet et définitions 7
   - 4.1 Groupes ayant des besoins spéciaux 7
   - 4.2 Définitions du projet : le traitement et la meilleure pratique . . . 8
     - 4.2.1 Le traitement 8
     - 4.2.2 La meilleure pratique 8
   - 4.3 Définition d'une réponse unanime 9

Section II : Les résultats 10

5. L'alcoolisme et la toxicomanie chez les femmes : survol 10
   - 5.1 Contexte historique 10
   - 5.2 Les habitudes de consommation 10
   - 5.3 Les effets de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes 12

6. Obstacles types au traitement 13
6.1 Introduction 13
6.2 Obstacles types au traitement : le point de vue des experts 14
6.2.1 Les obstacles personnels 14
6.2.2 Les obstacles interpersonnels 15
6.2.3 Les obstacles communautaires et sociaux 15
6.2.4 Les obstacles liés aux programmes et à leur structure 16
6.3 Les obstacles confrontés par les groupes spéciaux : le point de vue des experts 18
6.3.1 Les femmes enceintes et les mères de famille 18
6.3.2 Les femmes autochtones 19
6.3.3 Les femmes de minorités ethnoculturelles 20
6.3.4 Les femmes qui utilisent des drogues injectables 21
6.3.5 Les femmes atteintes du VIH/sida et de l'hépatite 22
6.3.6 Les femmes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres drogues 22
6.3.7 Les femmes incarcérées ou ayant des démêlés avec le système judiciaire 24
6.3.8 Les femmes marginalisées/sans-abri 25
6.3.9 Les femmes vivant dans les collectivités rurales 26
6.4 Les obstacles types à l'accessibilité au traitement : examen de la documentation 28
6.4.1 Les obstacles personnels 28
6.4.2 Les obstacles interpersonnels 30
6.4.3 Les obstacles liés aux programmes et à leur structure 30
6.5 Les obstacles confrontés par les groupes spéciaux : examen de la documentation 32
6.5.1 Les femmes enceintes et les mères de familles 32
6.5.2 Les femmes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres drogues 33
6.5.3 Les femmes autochtones 34
6.5.4 Les femmes de minorités ethnoculturelles 34
6.5.5 Les femmes vivant dans les collectivités rurales 35

6.5.6 Les femmes incarcérées 36
6.5.7 Les femmes sans-abri vivant dans la rue 37

7. Dépistage, prise de contact et engagement 37
7.1 Dépistage, prise de contact et engagement : le point de vue des experts 37
7.2 Dépistage, prise de contact et engagement : examen de la documentation 41

8. Principes et valeurs du traitement 45
8.1 Les principes et valeurs du traitement : le point de vue des experts 45
8.2 Les valeurs et la philosophie du traitement : examen de la documentation 47

9. Méthodes et approches de traitement 49
9.1 Méthodes et approches de traitement : le point de vue des experts 49
9.1.1 Les méthodes de traitement pour adresser les questions de santé physique 50
9.1.2 Les méthodes de traitement pour adresser les problèmes personnels (y compris les problèmes de santé mentale) 51
9.1.3 Les méthodes et les approches de traitement pour adresser les problèmes interpersonnels (les rapports avec les amis et les membres de la famille) 52
9.1.4 Les méthodes de traitement pour adresser la gestion et la prévention des rechutes 53

9.2 Méthodes et approches de traitement : examen de la documentation 56
9.2.1 Les thèmes généraux 56
9.2.2 Les méthodes et les approches particulières de traitement présentées dans la documentation 57

10. Rétention des clientes au traitement 68
10.1 Résumé du point de vue des experts 68

11. Organisation et durée du traitement 69

11.1 Organisation et durée du traitement : le point de vue des experts 69

11.1.1 Organisation du traitement 69

11.1.2 Durée du traitement 71

11.2 Organisation et durée du traitement : examen de la documentation 72

11.2.1 Organisation du traitement 72

11.2.2 Durée du traitement 75

12. Services complémentaires cruciaux nécessaires aux femmes qui suivent un traitement 77

12.1 Les services complémentaires cruciaux : le point de vue des experts 77

12.2 Méthodes optimales de prestation des services complémentaires : le point de vue des experts 77

13. Évaluation de l'efficacité du traitement 78

13.1 L'évaluation de l'efficacité du traitement : le point de vue des experts 78

13.2 L'évaluation de l'efficacité du traitement : examen de la documentation 79

14. Résumé des éléments du programme modèle 82

15. Bibliographie sélective 88

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition géographique des experts 3

Tableau 2 : Le rôle des experts : étude des meilleures pratiques auprès des femmes 4

Tableau 3 : Types de programmes représentés : étude des meilleures pratiques auprès de femmes 4

Tableau 4 : Obstacles types au traitement des femmes : le point de vue des experts 18

Tableau 5 : Obstacles associés aux groupes spéciaux 27

Tableau 6 : Éléments d'une stratégie efficace de promotion d'un programme 38

Tableau 7 : Dépistage, prise de contact et engagement. 41

Tableau 8 : Principes généraux du traitement : le point de vue des experts 46

Tableau 9 : Méthodes de traitement optimales : le point de vue des experts 55

Tableau 10 : Résumé des principaux éléments d'un traitement efficace pour les femmes 59

Tableau 11 : Meilleures pratiques pour retenir les clientes en traitement : résumé du point de vue des experts 68

Tableau 12 : Services cruciaux précisés par les experts 77

Tableau 13 : Définition d'un traitement efficace contre la toxicomanie 80

Tableau 14 : Éléments de programme modèle 83

Résumé du rapport

Ce rapport précise les éléments qui composent les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. On y détermine et on y décrit quelles sont les meilleures pratiques dans les domaines suivants : dépistage des clientes, contact et engagement, principes de traitement, méthodes particulières, maintien des clientes en traitement, organisation et durée du traitement, prestation de services complémentaires et évaluation de l'efficacité du traitement. Les recommandations en vue de meilleures pratiques reposent sur des entrevues réalisées auprès de 40 experts et sur l'examen de la documentation actuelle portant sur ces sujets. Les entrevues effectuées auprès des experts de même que l'examen de la documentation portent également sur les obstacles au traitement des femmes.

Le rapport donne un bref résumé des habitudes de consommation des femmes et des effets de la consommation d'alcool et de drogues sur celles-ci. On y décrit également les caractéristiques de groupes particuliers de la population, notamment les femmes enceintes et les mères de famille, les femmes autochtones et les femmes de minorités ethnoculturelles.

Le rapport traite également de divers obstacles personnels et interpersonnels, sociétaux de même que ceux liés aux programmes auxquels sont confrontées les femmes nécessitant un traitement. On retrouve, parmi les obstacles types qui ont été déterminés, le sentiment de honte et de culpabilité, la crainte d'être isolée et de perdre ses enfants, les contraintes des programmes comme l'aiguillage et le dépistage inadéquat ou encore le manque de programmes souples et gratuits.

On y décrit un ensemble d'obstacles types au traitement auxquels peuvent faire face certains groupes particuliers de la population. Ainsi, les femmes enceintes et les mères de famille sont davantage touchées par les obstacles d'ordre structurel (le manque de services de garde) et les obstacles d'ordre personnel (la peur, la culpabilité et la honte sont des sentiments qui sont amplifiés par le stigmate social associé aux mères qui consomment de l'alcool et d'autres drogues). Les femmes de minorités ethnoculturelles semblent davantage touchées par les structures et les croyances socio-culturelles qui refusent de reconnaître les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues ou le recours aux réseaux d'aide officiels.

Le rapport décrit 13 grands principes de traitement, notamment l'importance d'offrir une variété de traitements et de soutiens connexes, la valeur d'une approche qui tienne compte de tous les aspects de la vie d'une femme incluant les aspects émotionnels, psychologiques et spirituels, et les méthodes axées sur les femmes, les encourageant à prendre leur vie en main et à établir des liens entre elles.

On retrouve, parmi les meilleures pratiques de traitement reconnues tant par les experts que par la documentation pertinente, l'importance d'aborder les questions de santé interdépendantes, une démarche qui tienne compte du sexe, l'éducation des clientes, la valeur du « modèle relationnel » de traitement, le développement des compétences, les questions de la famille, la réduction des méfaits et une vision réaliste de la gestion et de la prévention des rechutes.

Bien que la documentation se rapportant à l'organisation fondamentale ou à la structure du traitement ne soit pas concluante à cet égard, les experts préfèrent généralement le traitement en clinique externe tout en favorisant le traitement en établissement pour les femmes qui ont des problèmes persistants plus graves ou qui vivent dans des milieux qui ne sont pas sécuritaires. Il y a consensus à l'effet que la durée optimale d'un traitement doit dépendre de l'évaluation attentive des besoins de la cliente et de l'adaptation de celle-ci à la gamme de possibilités de traitement, incluant le traitement de courte durée qui s'est avéré efficace auprès de certaines femmes.

Le rapport précise également les services complémentaires les plus cruciaux en ce qui a trait au traitement des femmes et recommande diverses structures pour la prestation de ces services.

Le rapport aborde enfin la question de l'évaluation de l'efficacité et des résultats des traitements. Tant la documentation que les experts considèrent que la « réussite » d'un traitement doit être vue et évaluée de façon multidimensionnelle à l'aide d'un ensemble de mesures « de la qualité de vie », de l'évaluation faite par les clientes elles-mêmes et en vérifiant la diminution de la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Le rapport contient divers tableaux des éléments constituant les meilleures pratiques tels qu'ils ont été établis par les experts.

Ce rapport est divisé en deux grandes sections. La section I renferme l'introduction et le contexte du projet, incluant les définitions, les paramètres et les contraintes. La section II donne les résultats du projet incluant les résultats des entrevues effectuées auprès des experts et ceux provenant de l'examen de la documentation. Chaque sous-section est organisée par sujet. On retrouve, à l'intérieur de chacun des sujets, à la fois le point de vue des experts et le résumé de la documentation disponible.

Section I : Contexte et description du projet

1. Présentation et organisation

1.1 Présentation et contexte

Ce projet sur les meilleures pratiques relatives au traitement des femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie a été instauré par Santé Canada. Il est issu d'un programme de recherche de trois ans approuvé par le Comité fédéral/provincial/territorial sur l'alcool et les autres drogues.

L'étude a été dirigée par un comité de consultation : le Groupe de travail pour le cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le plan de recherche du Comité fédéral/provincial/territorial sur l'alcool et les autres drogues, qui a pour mandat de mettre au point des recommandations pour la création d'un cadre de responsabilisation et d'évaluation du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT) et de surveiller l'élaboration et la réalisation d'études qui stimuleraient l'élaboration de programmes innovateurs de traitement et de réadaptation en déterminant les meilleures pratiques, en évaluant des programmes types de traitement et de réadaptation, en menant une recherche sur les problèmes nouveaux et en diffusant dans tout le pays les données les plus récentes.

Ce projet est mené simultanément avec un autre projet portant sur les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation des jeunes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ces deux projets reposent sur un travail entrepris initialement par Santé Canada en collaboration avec les provinces et les territoires pour déterminer les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation, intitulé : *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999).

1.2 Organisation

Ce rapport est divisé en deux grandes sections. La section I renferme l'introduction et le contexte du projet, incluant les définitions, les paramètres et les contraintes. La section II donne les résultats du projet incluant les résultats des entrevues effectuées auprès des experts et ceux provenant de l'examen de la documentation. Chaque sous-section est organisée par sujet. On retrouve, à l'intérieur de chacun des sujets, à la fois le point de vue des experts et le résumé de la documentation disponible.

2. Buts et objectifs du projet

Le but d'ensemble de ce projet est :

- d'offrir, dans tout le Canada, les toutes dernières données sur les meilleures pratiques de traitement et de réadaptation des femmes qui ont des problèmes liés à leur consommation d'alcool et d'autres drogues.

L'objectif du projet est de :

- définir les « meilleures pratiques » fondées sur ies résultats de même que les principaux éléments et outils de soutien en ce qui a trait à la prestation de programmes de traitement et de réadaptation à l'intention des femmes.

Dans ce cadre global, le présent projet touche aux questions particulières suivantes :

- Quels sont les obstacles qui empêchent les femmes d'avoir accès aux traitements ou de les utiliser?
- Quelles meilleures pratiques s'avèrent les plus efficaces dans le cadre des domaines suivants liés au traitement?
  - le dépistage des clientes, la prise de contact et l'engagement;
  - l'ensemble des valeurs et de la philosophie du traitement;
  - les méthodes particulières de traitement (tenant compte des problèmes physiques, personnels et interpersonnels);
  - le maintien de la clientèle en traitement;
  - la prévention/gestion des rechutes;
  - la structure du traitement (durée, intensité, organisation);
  - l'intégration des services de soutien pertinents.
- Quelle est la façon la plus pertinente, réaliste et efficace d'évaluer la « réussite » d'un traitement auprès des femmes?
- Quels sont les éléments d'un programme de traitement modèle pour les femmes?

3. Sources d'information

Les auteurs de ce projet se sont servis de deux sources principales d'information pour déterminer les meilleures pratiques liées au traitement des femmes :

- entrevues approfondies auprès d'experts oeuvrant dans le traitement des femmes ou dans des domaines connexes;
- examen ciblé de documents récents décrivant les éléments de traitement des femmes les plus propices à des résultats positifs.

Voici une description détaillée de ces sources.

3.1 Entrevues auprès d'experts

3.1.1 Choix et caractéristiques des experts

Ce sont les membres du groupe consultatif fédéral, provincial et territorial travaillant à ce projet qui ont initialement choisi les experts à partir des connaissances de ces derniers d'une vaste gamme de méthodes de traitement des femmes et de leurs compétences spécialisées à déterminer les éléments optimaux d'un traitement. Ces experts sont les suivants :

- des thérapeutes travaillant directement auprès de femmes en traitement;
- des administrateurs et du personnel s'occupant du traitement des femmes;
- des gestionnaires de programmes et de politiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Quarante experts du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont participé aux entrevues. Ils représentaient toutes les régions du Canada sauf Terre-Neuve et le Yukon. Plusieurs experts des États-Unis ont également été consultés.

Ces experts provenaient de divers domaines; la plupart d'entre eux étaient des directeurs ou des coordonnateurs de programmes. On retrouve aux tableaux 1 et 2 la provenance des experts et divers commentaires pertinents.

Tableau 1 : Répartition géographique des experts

Endroit	Nombre total d'experts
Colombie-Britannique	10*
Alberta	5
Saskatchewan	1
Manitoba	4
Ontario	6
Québec	2
Nouvelle-Écosse	1
Nouveau-Brunswick	2
Île-du-Prince-Édouard	1
Territoires du Nord-Ouest	3
États-Unis	5
Total	**40**

* Les opinions de trois experts de la Colombie-Britannique ont été fondues en une seule réponse.

Tableau 2 : Le rôle des experts :
étude des meilleures pratiques auprès des femmes

Rôle	Nombre d'experts
Dispensateurs de traitement et conseillers	11
Directeurs d'un programme de traitement	16
Experts-conseils en cliniques ou en politiques	7
Chercheurs et professeurs	5
Autre (dispensateur de services connexes)	1
Total	**40**

L'étude présente toute une gamme d'organismes de traitement. On retrouve au **tableau 3*** une description des types de programme que représentent les thérapeutes et les directeurs de programmes.

Tableau 3 : Type de programmes représentés :
étude des meilleures pratiques auprès de femmes

Type de programmes	Nombre d'experts
Programmes portant surtout sur la désintoxication	1
Programmes à plusieurs niveaux (en établissement et en externe) (peuvent parfois inclure la désintoxication)	11
Surtout en établissement	5
Surtout en externe	7
Programme de jour intensif	3
Élaboration de programmes et de politiques (gamme de services)	7
Autre gamme de services (par exemple, la recherche)	6
Total	**40**

3.1.2 Entrevues avec les experts : méthodologie

Les experts ont été interviewés par téléphone à l'aide d'un format d'entrevue détaillé comprenant des questions qualitatives. Les entrevues ont permis d'établir ce qui suit :

- les besoins des femmes et les obstacles à leur traitement;
- les protocoles des meilleures pratiques ainsi que les principales méthodes et pratiques dans chacun des domaines de fond suivants :
  - le dépistage des clientes, la prise de contact et l'engagement;
  - le maintien de la clientèle en traitement;

* Les experts n'ont fourni que des descriptions générales des programmes.

- les valeurs et la philosophie du traitement;
- les méthodes de traitement (pour traiter les problèmes physiques, mentaux, interpersonnels et les problèmes de santé);
- la prévention des rechutes;
- la structure du traitement (durée, intensité, organisation);
- l'intégration de services de soutien supplémentaires.

Les entrevues ont également abordé les points suivants :

- la façon la plus pertinente, réaliste et efficace d'évaluer la « réussite » d'un traitement auprès des femmes;
- les éléments d'un programme de traitement modèle.

Nous avons laissé le temps aux experts d'approfondir chacune des questions en fonction de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur expérience. Ce ne sont pas tous les experts qui ont répondu à chacune des questions. Dans trois cas, les experts ont demandé de pouvoir passer l'entrevue en groupe. Les réponses de ce groupe ont été fondues en une « seule ».

Nous avons abondamment utilisé les citations des experts dans le présent document afin d'illustrer ou d'approfondir des questions importantes. Ces citations contiennent le vocabulaire et l'accentuation des experts.

3.1.3 Durée et procédure de l'entrevue

Nous avons d'abord communiqué par téléphone avec les experts éventuels. Une télécopie leur a ensuite été envoyée pour leur expliquer de façon plus détaillée le contexte, l'objectif et le contenu de l'entrevue. Les entrevues ont duré entre 45 minutes et deux heures, soit une moyenne d'une heure et vingt minutes environ. Nous avons fait parvenir nos remerciements par télécopieur à tous les participants après chacune des entrevues.

3.2 Examen de la documentation

3.2.1 Paramètres

Nous avons effectué un examen ciblé de la documentation existante, particulièrement de la documentation récente (après 1990), afin de donner aux sujets définis ci-dessus (Section 2.0) une perspective fondée sur la recherche. L'examen de la documentation n'avait pas pour but de produire une vue d'ensemble approfondie des expériences, des questions et des résultats relatifs aux femmes en traitement. Bien que le présent document contienne des renseignements d'ordre général sur les habitudes de consommation ou sur les caractéristiques des femmes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues de façon abusive, ces renseignements ne servent que de documentation. L'examen a reposé sur des sources résumant les données de recherche et d'évaluation qui déterminent ce que sont les meilleures pratiques. Ces sources sont les suivantes :

- examens de données provenant de recherches sur le traitement des femmes;
- études comparatives de programmes utilisant des méthodes différentes;
- données d'évaluation de programmes (résumés de la recherche sur l'évaluation);
- consultation de recherche auprès d'experts et de dispensateurs de traitement.

La documentation disponible comporte un certain nombre de contraintes, dont les suivantes :

- Certains documents traitant des résultats du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie se caractérisent par une gamme de problèmes méthodologiques telle une conception inadéquate, une affectation non aléatoire, une absence de groupes témoins composés de personnes qui ne sont pas en traitement et de mauvaises données de base sur la clientèle et sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (Eliany et Rush, 1992). Nous avons fait état des endroits où les problèmes méthodologiques étaient apparents; il ne nous a pas été possible, cependant, de véritablement critiquer la fiabilité ou la validité des sources utilisées.
- Nous avons constaté certaines lacunes dans la documentation, particulièrement en ce qui a trait aux besoins et aux expériences des populations spéciales. D'autres lacunes ont été constatées dans les domaines touchant la structure optimale d'un programme, la durée d'un traitement et la valeur comparative de différentes méthodes de traitement.
- Un nombre limité d'études empiriques démontrent l'efficacité d'une méthode de traitement pour les femmes par rapport à une autre, bien qu'il y ait de solides appuis théoriques et expérimentaux en faveur de certains modèles ou de certaines orientations.
- La plupart des documents cités dans ce rapport se rapportent aux meilleures pratiques de traitement à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues en général plutôt qu'à l'égard de substances particulières (par exemple, la cocaïne, les barbituriques). Ici encore, il semble y avoir un manque de documentation comportant ce niveau de particularité.
- Dans certains domaines, (par exemple, la durée optimale d'un traitement et l'établissement), la recherche englobe les hommes et les femmes s'il n'y a pas de documentation pertinente aux femmes.

3.2.2 Premières sources de documentation

Pour produire la bibliographie initiale de notre examen de la documentation, nous avons utilisé diverses ressources, consulté une bibliographie générale et effectué des recherches bibliographiques spécialisées auprès des sources suivantes :

- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : recherche bibliographique axée sur le traitement des femmes en matière d'alcoolisme et de toxicomanie;

- *National Institute on Drug Abuse* : bibliographie annotée (par sujet) , résumés des recherches du NIDA (bibliographie);
- Étude de résumés de la ligne PREV du Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies;
- Recherche auprès du CEDAT (Centre national d'évaluation des données et d'assistance technique financé par CSAT);
- *Uncover* (service d'accès à la documentation) : recherche par mots clés;
- Recherche dans la base de données de la bibliothèque du Centre Lindsmith;
- Diverses études génériques produites par la division de la Stratégie canadienne antidrogue, par Santé Canada et par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (maintenant une division du Centre de toxicomanie et de santé mentale).

4. Paramètres du projet et définitions

4.1 Groupes ayant des besoins spéciaux

Ce projet met l'accent sur les obstacles au traitement et sur les meilleures pratiques à l'égard du traitement efficace des femmes en général. Nous avons aussi demandé aux experts d'indiquer quelles étaient les meilleures pratiques pour les groupes ayant des besoins particuliers. Les groupes ainsi désignés sont les suivants et sont constitués de femmes :

- enceintes et les mères de famille;
- autochtones;
- appartenant à des minorités ethnoculturelles;
- qui utilisent des drogues injectables;
- atteintes du VIH/sida et de l'hépatite C;
- aux prises avec des troubles concomitants;
- incarcérées ou ayant des démêlés avec le système judiciaire;
- vivant dans les collectivités rurales;
- isolées et/ou sans-abri.

À l'exception de la section portant sur les obstacles au traitement (où les experts ont émis des commentaires particuliers à chacun de ces groupes), les commentaires des experts s'appliquaient, dans la plupart des cas, à l'ensemble des groupes spéciaux. Nous mentionnons, dans le texte, les meilleures pratiques s'appliquant particulièrement à certains groupes.

Le projet n'avait pas le mandat d'explorer les obstacles au traitement ni les besoins de groupes particuliers comme les femmes aînées, les femmes ayant une déficience ou les lesbiennes. Un certain nombre d'experts ayant participé au projet ont souligné le fait que les lesbiennes sont confrontées à des obstacles dans le cadre des programmes qui leur sont propres de même que des obstacles d'ordre particulier, personnel et sociétal et qu'elles requièrent une méthode et un milieu de traitement qui soient quelque peu spécialisés. Nous n'avons cependant pas explorer de façon systématique les besoins et les expériences de ce groupe avec les experts.

4.2 Définitions du projet : le traitement et la meilleure pratique

4.2.1 Le traitement

Aux fins de ce rapport, nous définirons le traitement comme étant *un ensemble structuré de méthodes et de stratégies permettant aux clientes de réduire ou d'éliminer la consommation problématique d'alcool et de drogues et de les aider à avoir une vie personnel et sociale saine.* Bien que l'expression « traitement contre les drogues et l'alcool » constitue une seule entité, elle englobe en fait un réseau complexe et diversifié de services. Tels qu'on les retrouve dans le document de la *Stratégie canadienne antidrogue*, les services de traitement et de réadaptation incluent ce qui suit :

> les services de désintoxication, l'intervention et le dépistage précoces, l'évaluation et l'aiguillage, la consultation fondamentale et la gestion de cas, l'intervention thérapeutique, le suivi clinique. Il peut s'agir d'un traitement en externe, de jour ou en établissement, incluant des soins en établissement de courte durée et de longue durée. (Santé Canada, 1998 : 9)

4.2.2 La meilleure pratique

La définition de la meilleure pratique en ce qui a trait à la prestation de programmes du domaine de la santé a été traitée avec divers degrés de rigueur. Dans le domaine de la santé, l'application du concept de « meilleure pratique » varie, passant de la simple publication de pratiques particulières sous la rubrique « la meilleure » ... à la caractérisation systématique de ce qui serait « la meilleure pratique » sur une question de santé ou dans un domaine en particulier... jusqu'à la recherche rigoureuse d'exemples concrets liés à des pratiques particulières (Varcoe, 1998 : 4). Aux fins de la présente étude, *nous définirons la meilleure pratique comme étant l'ensemble des méthodes et des éléments d'un traitement que tous les experts considèrent les plus efficaces pour le traitement des femmes.* Cette définition repose clairement sur l'expérience, le jugement et le point de vue des experts. L'examen de la documentation vient appuyer les points de vue et les opinions de ces experts.

4.3 Définition d'une réponse unanime

Nous avons considéré « qu'une réponse était unanime » lorsqu'au moins quatre experts (ne provenant pas de la même organisation) étaient d'accord sur une question, ceci dans le but de mettre en relief les thèmes principaux. Nous avons indiqué dans le texte les cas où l'unanimité était plus forte. Nous avons également mentionné certaines opinions et recommandations moins soutenues lorsqu'elles illustraient ou élaboraient un thème d'importance. Compte tenu de la nature ouverte du questionnaire et du fait que les réponses ne visaient pas la *recherche* de l'unanimité, nous avons indiqué le nombre exact d'experts ayant répondu à chacune des questions.

Section II : Les résultats

5. L'alcoolisme et la toxicomanie chez les femmes : survol

5.1 Contexte historique

Les habitudes de consommation d'alcool et de drogues chez les femmes ont varié selon les époques. L'interprétation sociétale de ces habitudes a eu des répercussions sur les attitudes envers la consommation des femmes ainsi qu'envers les traitements de celles-ci. Cooper (1991) fait remarquer qu'au XVII^{e} et au XVIII^{e} siècle, hommes, femmes et enfants consommaient de l'alcool, ce qui n'était pas considéré moralement « mauvais » ni dangereux. Entre 1776 et 1826, l'attitude des Nord-Américains face à la consommation d'alcool a changé; l'alcool devint une substance « démoniaque » et dangereuse. Vers la fin du XIX^{e} siècle, on considérait la consommation d'alcool comme une activité de « classe inférieure », et chez les femmes, on la liait à la prostitution ou à « un manque de moralité ». Et pourtant, la plupart des gens ont continué de consommer de l'alcool et certaines drogues comme médicaments bien au-delà du début du XX^{e} siècle (Hewitt et coll., 1995).

Jusque vers le milieu des années 1970, l'incidence de la consommation abusive d'alcool chez les femmes en général était considérée minime et il se faisait très peu de recherches sur leur abus d'alcool et de drogues. Ainsi, selon Cooper (1991 : 1), « entre 1970 et 1984, les femmes ne constituaient que huit p. cent des échantillons d'études sur l'alcoolisme ». Bien que comparativement aux hommes, les femmes sont moins portées à faire état de leur consommation abusive d'alcool et de leurs problèmes liés à l'alcool (36 p. 100 des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool sont des femmes) (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999), on se préoccupe encore du fait que les femmes sont sous-représentées dans les établissements de traitement de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Au cours des années 1980, les femmes ne constituaient que 20 p. 100 de la clientèle en traitement.

L'accent porté sur les habitudes de consommation d'alcool et de drogues chez les hommes et sur le traitement de ces derniers a fait en sorte que « l'homme est devenu la norme », que les femmes nécessitant un traitement ont été jugées plus sévèrement et que la recherche de méthodes de traitement axées sur le sexe d'une personne a été freinée (Finkelstein, 1997).

5.2 Les habitudes de consommation

Les études récentes menées par des chercheurs canadiens (Santé Canada, 1995; Santé Canada, 1997; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999) permettent de constater les modèles suivants de consommation abusive d'alcool et de drogues chez les femmes.

- L'alcool est la substance que les femmes consomment le plus et dont elles abusent le plus.
- Comparativement aux hommes, les femmes ont moins tendance à devenir des buveuses d'habitude et ont plus de chance de devenir d'anciennes buveuses ou d'être abstinentes toute leur vie.
- Les femmes qui sont des buveuses d'habitude boivent moins souvent et consomment moins que les hommes qui sont des buveurs d'habitude.
- La proportion de femmes qui s'abstiennent de toute consommation d'alcool diminue.
- Parmi les femmes qui boivent couramment, 6,2 p. 100 déclarent avoir vécu un problème lié à la consommation d'alcool au cours de la dernière année.
- Le problème le plus fréquent que les femmes associent à leur « consommation d'alcool problème » est relié à leur santé physique.
- Le plus souvent, les femmes boivent en compagnie de leur mari ou de leur partenaire.
- En général, les femmes qui boivent en plus grande quantité à chaque occasion :
  - sont plus jeunes;
  - ont un niveau d'instruction moins élevé;
  - ont un revenu moins élevé;
  - sont célibataires ou divorcées;
  - sont sans emploi, sont étudiantes ou ont un emploi manuel.

- En général, les femmes qui disent boire plus fréquemment :
  - sont plus âgées;
  - ont un niveau d'instruction plus élevé;
  - ont un revenu plus élevé;
  - sont célibataires ou divorcées;
  - ont un emploi manuel ou un poste de gestionnaire.
- Peu importe leur groupe d'âge, les femmes parlent davantage que les hommes de leur consommation de médicaments, plus particulièrement de médicaments psychotropes comme les somnifères, les tranquillisants et les antidépresseurs. Les catégories d'âge où l'on retrouve la consommation la plus forte se situent chez les personnes âgées entre 45 et 54 ans de même que chez les 65 ans et plus.
- La marijuana et le hashish sont les drogues illégales que les femmes consomment le plus souvent.
- Sauf pour ce qui est de la marijuana, la consommation de drogues illégales pendant toute leur vie est relativement rare chez les Canadiennes. La consommation de drogues illégales diminue avec l'âge et disparaît presque totalement après 45 ans.

- La cocaïne, le crack, le LSD, les amphétamines et l'héroïne sont surtout consommés par des sous-groupes de la population (comme chez les femmes de la rue). Étant donné que les enquêtes sur la population en général ne tiennent généralement pas compte de ces groupes, la consommation de ces drogues risque d'être sous-estimée.
- Il y a eu, en 1995, 804 décès imputables à la consommation de drogues illicites. Dans 108 de ces cas (13 p. 100), il s'agissait de femmes.

5.3 Les effets de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes

La consommation d'alcool et de drogues a divers effets sur les femmes, dont plusieurs sont propres au sexe féminin. L'examen de la documentation met en lumière les thèmes généraux suivants :

- **La santé physique des femmes est frappée plus gravement et plus rapidement par la consommation intense d'alcool et de drogues** (comparativement aux hommes). Les femmes atteignent des taux d'alcool dans le sang plus élevés que les hommes en consommant des doses égales par livre de leur poids corporel. Hill (tel que cité par Schliebner, 1994) indique que « la période moyenne de consommation excessive avant que n'apparaissent les premiers symptômes de troubles du foie, d'hypertension, d'obésité, d'anémie, de malnutrition, d'hémorragie gastrointestinale et d'ulcères nécessitant une intervention chirurgicale, est beaucoup plus courte chez les femmes que chez les hommes (1994 : 513). Les autres méfaits à la santé sont les risques d'infection par le VIH, l'ostéoporose et les maladies coronariennes (Finkelstein et coll., 1997). Les différences physiologiques entre les hommes et les femmes rendent également celles-ci plus vulnérables aux méfaits des autres drogues sur la santé comme dans le cas du tabac et des benzodiazépines (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1996).

- **La physiologie reproductive des femmes est particulièrement affectée par la consommation abusive d'alcool et de drogues**. La consommation excessive d'alcool peut troubler le cycle menstruel, le développement du foetus, l'accouchement, la ménopause et l'activité sexuelle (Finkelstein et coll., 1997).

- **Les troubles mentaux des femmes sont généralement liés à la consommation excessive d'alcool et de drogues qui, à son tour, intensifie ces troubles.** Près des deux tiers des femmes alcooliques ont des troubles de santé mentale (Halzer et Pryabech, tels que cités par Beckman, 1994b). Les troubles les plus communs sont l'anxiété, la dépression, les phobies et les attaques de panique. Les femmes alcooliques disent aussi avoir plus de symptômes de dépression que les hommes alcooliques sur le plan physiologique (même si l'alcool en soi a un effet dépressif). Ces symptômes peuvent cependant persister lorsque les femmes deviennent sobres (Turnbull et Gomberg, tels que cités par McCrady et Raytek, 1993).

- **Les femmes qui abusent de l'alcool et des drogues risquent fortement d'avoir des idées suicidaires, et même de se suicider** (Finkelstein, 1997).

- **Les femmes qui abusent de l'alcool et des drogues souffrent généralement de dysfonction sexuelle**. On estime que les taux de prévalence de la dysfonction sexuelle varient de 20 à 100 p. 100 (suivant la définition d'Acherman, tel que cité par Beckman, 1994). Selon Wilsnack et coll. (tels que cités par Finkelstein et coll., 1997) la dysfonction sexuelle chez les femmes est l'un des méfaits les plus prévisibles de la consommation problématique d'alcool. Les effets de l'alcool et des drogues sur l'activité sexuelle peuvent varier selon la substance consommée.

- **Les femmes qui abusent de l'alcool et des drogues souffrent généralement d'une très basse estime de soi** (Gomberg, tel que cité par Drabble, 1996).

- **Les femmes qui abusent de l'alcool et des drogues souffrent d'autres troubles de la santé**. L'alcoolisme s'accompagne souvent de troubles de l'alimentation, surtout de boulimie (Peverler et Fairburn, tels que cités par McCrady et Raytek, 1993).

On constate des caractéristiques typiques de l'abus d'alcool et de drogues chez les femmes. Ces facteurs sont associés par l'abus plutôt que des facteurs connexes :

- **Taux élevé d'abus sexuel pendant l'enfance**. Le taux d'abus sexuel pendant l'enfance chez les femmes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool est plus élevé que dans la population en général. On estime, par exemple, que la prévalence de l'inceste varie de 12 à 31 p. 100 (Young, 1990; Beckman et Acherman, tels que cités par Beckman, 1994b).

- **Taux élevé de victimes**. On constate généralement que les femmes qui abusent de l'alcool ont été victimes d'une forme quelconque d'abus (y compris la violence physique) (Thom, 1986 et Smith, 1992, tels que cités par Schober et Annis, 1996). Dans une étude effectuée auprès de 472 femmes (âgées entre 18 et 45 ans), Miller et coll. (1993) concluent qu'il existe un lien important entre la « victimisation » et l'apparition de problèmes attribuables à la consommation d'alcool chez les adultes.

L'une des différences les plus marquées entre les hommes et les femmes est qu'ils attribuent des raisons différentes à leur consommation d'alcool ou de drogues. En général, les femmes considèrent la consommation d'alcool et de drogues comme une façon de mieux traverser une période de crise ou de supporter des problèmes personnels. Ce point de vue détermine la façon dont elles définissent leur « problème », leurs besoins et ce qui les incitera à demander de l'aide.

6. Obstacles types au traitement

6.1 Introduction

Les obstacles sont ces facteurs qui empêchent une personne de s'inscrire à un traitement ou de continuer à le suivre (Smith, 1992 : 8). On constate dans la documentation que, bien que les femmes demandent plus facilement que les hommes de l'aide lorsqu'elles font face à des problèmes sociaux ou de santé, elles ont moins tendance à s'inscrire à des programmes de traitement *spécialisés*, du moins au début

(Thom, 1986; Schober et Annis, 1996). Dans les sections qui suivent, nous décrivons les obstacles à l'accessibilité à des services spécialisés de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

6.2 Obstacles types au traitement : le point de vue des experts

Les experts classent les obstacles au traitement en quatre domaines principaux :

- obstacles personnels : liés à l'attitude et à la situation personnelle de la femme;
- obstacles interpersonnels : liés à l'attitude des membres de la famille et des amis de la femme ou à ses rapports avec eux;
- obstacles sociétaux : liés à l'attitude des membres de la collectivité et de la société en général ou aux obstacles qu'ils posent;
- obstacles liés aux programmes : liés à l'organisation et à la structure des programmes.

6.2.1 Les obstacles personnels

Les experts ont établi quatre principaux obstacles personnels entravant l'accessibilité à des traitements.

- **Honte et sentiment de culpabilité.** Les experts ont remarqué que les femmes qui reconnaissent avoir un problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues se sentent extrêmement honteuses et coupables. Cette honte provient de la définition rigide du rôle de la « bonne mère » qu'impose la société et de l'attitude que l'on a depuis toujours envers les femmes qui boivent. Bien des femmes ont adopté cette attitude et se sentent honteuses de ne pas répondre à ce qu'elles croient que la société attend d'elles.

- **Difficulté à reconnaître les méfaits associés à la consommation.** Les femmes ont parfois de la difficulté à reconnaître que la consommation d'alcool et de drogue cause des problèmes. Elle ne reconnaissent parfois pas la gravité ni le méfait de leur consommation abusive d'alcool et de drogues; il peut également exister un certain stéréotype de l'alcoolisme qu'elles considèrent *ne pas* s'appliquer à elles.

- **Crainte de perdre l'amour et le soutien d'autrui et de se sentir isolées.** Les experts ont indiqué que bien des femmes craignent de reconnaître que leur consommation d'alcool et de drogues leur cause des problèmes et qu'elles ont besoin de traitement, parce qu'elles ont peur d'être isolées et de perdre leur sécurité ainsi que l'amour et le soutien d'autrui. Ces craintes sont encore plus fortes chez de nombreuses femmes qui sont dépendantes d'une relation.

> *Étant dépendantes émotionnellement . . . elles craignent de perdre cette relation – l'idée de se retrouver seules les terrifie.*

- **Sentiment d'écrasement face à d'autres problèmes personnels**. Pour un grand nombre de femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et de drogues, ces problèmes ne sont pas prioritaires comparativement à d'autres problèmes auxquels elles font face, comme leur logement inadéquat, la violence de leur mari ou leur pauvreté grandissante.

6.2.2 Les obstacles interpersonnels

Il y a eu une très forte unanimité de la part des experts sur deux obstacles interpersonnels entravant l'accessibilité aux traitements.

- **Crainte de perdre les enfants**. La plupart des experts ont mentionné que les femmes refusent de se faire traiter parce qu'elles craignent principalement que l'on confie leurs enfants à leur partenaire ou aux services de protection de l'enfance. Ces experts ont qualifié cette crainte « d'énorme ». Bon nombre de femmes sont seules responsables de leurs enfants. Elles ont peur de devoir remettre leurs enfants aux services de protection de l'enfance (pour pouvoir s'inscrire à des soins en établissement) et craignent « qu'on ne les leur rende plus jamais ».

  > *Ces femmes n'ont qu'un seul recours : dépendre des Services sociaux et de santé et faire garder leurs enfants – elles ont peur qu'on prenne leurs enfants et que leur « dossier » soit entaché après avoir confié leurs enfants aux soins de l'État.*

- **Manque d'appui de la part des membres de la famille**. Le manque de soutien de leur mari, de leur partenaire ou des membres de leur famille représente aussi un obstacle pour les femmes qui ont besoin de se faire traiter. Ce manque de soutien découle souvent du fait que les membres de la famille nient la réalité ou en ont honte, ou d'une relation violente qui favorise l'alcoolisme et la toxicomanie de la femme.

  > *Il arrive parfois que les femmes aient des partenaires violents; les femmes commencent souvent à consommer des drogues avec un partenaire qui continue à consommer et ne lui permet pas de s'inscrire à un traitement.*

6.2.3 Les obstacles communautaires et sociaux

Les experts croient également que les femmes sont plus gravement pénalisées par la société lorsqu'elles cherchent à se faire traiter (par exemple, lorsqu'elles se sentent menacées de perdre leurs enfants).

- **Stigmates sociaux**. Les répondants ont fait remarquer qu'en général, la société juge les femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie plus sévèrement que les hommes. Les femmes ont donc beaucoup de peine à reconnaître ouvertement leurs problèmes et leurs besoins.

6.2.4 Les obstacles liés aux programmes et à leur structure

Les experts ont décrit toute une gamme d'obstacles liés aux programmes et à leur structure au plan de la disponibilité, de l'organisation et de la souplesse.

- **Manque de service de garde fiable et peu coûteux.** D'après les experts, les femmes s'inquiètent de ne pouvoir trouver un service de garde fiable et peu coûteux pendant qu'elles seront en traitement. « Qu'est-ce que je fais avec mes enfants? » Telle est la principale question que se posent les femmes qui souhaitent s'inscrire à un traitement.

- **Coûts liés au traitement.** Certaines femmes doivent débourser des frais directs (une partie des frais d'inscription) ou indirects (garderie, transport, perte de salaire) ce qui leur rend la tâche de suivre un traitement encore plus difficile.* Pour certaines, l'isolement géographique rend ce fardeau financier plus écrasant encore. En outre, il n'existe pratiquement pas moyen de rembourser les pertes de salaire aux femmes qui travaillent (et qui sont souvent les seuls soutiens de famille) pendant qu'elles suivent un traitement.

Bien que certains programmes offrent des services complémentaires sans frais ou à des coûts minimes (par exemple, le service de garderie), plusieurs autres programmes n'ont pas assez de financement pour ce faire.

> *Il y a un manque de financement des centres de traitement et des organismes qui offrent les services de transport, de garderie et de soin des nourrissons sur les lieux.*

Les experts ont souligné que les frais de garderie et de transport constituent des obstacles importants.

- **Manque de services de traitement adéquats pour les femmes.** Les experts se sont très fortement entendus sur le *manque* général de services de traitement pour les femmes qui en ont besoin ou qui en font la demande et sur le fait que cet aspect constituait un obstacle de taille pour elles. Les experts canadiens ont mentionné le manque de services tels que :

  - des services axés sur les femmes, particuliers au sexe féminin (ou un traitement comprenant des éléments s'adressant clairement aux femmes);
  - des services sécuritaires qui protègent les femmes de tout harcèlement et de toute crainte;
  - des services bien disséminés et géographiquement accessibles;
  - des services sans frais.

---

* Les coûts de traitement peuvent varier d'une région à l'autre. Dans certaines provinces, les services de traitement sont gratuits.

- **Manque de souplesse dans les services.** Les experts se sont également fortement entendus sur le fait que les services de traitement manquent souvent de souplesse et sont incapables de répondre aux besoins réels des femmes. Le traitement devrait :

  - présenter des critères d'admission souples et ne pas insister sur l'abstinence totale dès le départ;

    Les politiques qui fixent une période pendant laquelle les femmes doivent avoir été abstinentes ou s'être guéries par elles-mêmes avant d'entrer en traitement (ne rendent pas un traitement accessible).

  - offrir des horaires souples (choix d'horaires de traitement, admission 24 heures sur 24, programmation à court terme) qui respectent les besoins personnels et professionnels des femmes et des membres de leur famille;

    On offre généralement aux femmes des programmes de jour, mais peut-être qu'elles auraient besoin de programmes donnés en soirée.

  - immédiatement pouvoir répondre aux besoins des femmes qui reconnaissent avoir besoin de suivre un traitement ou qui sont prêtes à y adhérer.

- **Information insuffisante et inaccessible sur les programmes.** Les experts ont fait remarquer que bien souvent, les femmes ne savent pas quels choix de traitement leur sont offerts ou en quoi consiste le traitement. Ce manque d'information se retrouve surtout auprès des populations de sous-groupes (par exemple, parmi les minorités ethnoculturelles, chez les femmes des collectivités isolées ou rurales). Les programmes ne comportent pas de stratégies efficaces en matière de dépistage et de publicité pour surmonter ces obstacles (voir la section 7.0 : dépistage des clientes, prise de contact et engagement).

Tableau 4 : Obstacles types au traitement des femmes : le point de vue des experts

Obstacles personnels	Interpersonnels	Sociétaux	Programmes et structures
• Honte et culpabilité • Déni du problème • Crainte de perdre amour, soutien et sécurité • Crainte de se retrouver isolées • Femmes écrasées par leurs autres soucis (logement, violence); le traitement n'est plus une priorité	• Crainte de perdre les enfants en faveur du partenaire ou des services de protection de l'enfance • Manque de garderies fiables et peu coûteuses • Manque de soutien des membres de la famille (déni, résistance au traitement)	• Stigmate attaché aux femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie • Stigmate attaché aux femmes qui veulent suivre un traitement	• Coût du traitement • Coûts liés au traitement (surtout en matière de garderie et de transport) • Manque de services axés sur les femmes • Manque de services souples (horaire, durée, critères d'admission) • Manque d'information ou de stratégies pour rejoindre efficacement les femmes et les renseigner sur les traitements

6.3 Les obstacles confrontés par les groupes spéciaux : le point de vue des experts

6.3.1 Les femmes enceintes et les mères de famille

Les experts ont décrit les obstacles suivants comme étant propres aux femmes enceintes et aux mères de famille :

- **Crainte de perdre les enfants.** Les experts ont reconnu que la crainte de perdre les enfants, de devoir les placer en foyer d'accueil ou d'avoir un dossier auprès des services de santé ou des services sociaux qui pourrait nuire plus tard à la famille, constituent les principaux obstacles auxquels ce groupe fait face.
- **Manque de services de garde spécialisés.** Les femmes qui ont des enfants peuvent avoir besoin de services de garde pour pouvoir suivre un traitement.
- **Manque de soutien ou de services de traitement spécialisés pour les enfants.** Les enfants peuvent également avoir besoin de services spécialisés pour traiter les méfaits qu'ils ont subis à cause de l'alcoolisme et de la toxicomanie de leurs parents.

> *Les enfants plus âgés (les 7 à 8 ans) prennent déjà soin d'eux, même à leur âge – ils doivent apprendre à redevenir des enfants.*

- **Stigmate attaché aux mères souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie.**. Les mères souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie sont jugées plus sévèrement que les autres femmes. Bien qu'il s'agisse d'une attitude que l'on retrouve dans la population en général, elle se manifeste aussi par certaines personnes oeuvrant dans le domaine du traitement (par exemple, certaines membres du personnel de traitement et certaines femmes professionnelles dans ce domaine).

- **Sentiments profonds de crainte, de culpabilité, de tristesse et de honte**. Les experts ont constaté que, bien que toutes les femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie éprouvent un sentiment de honte et de culpabilité, ces sentiments sont plus aigus chez les femmes enceintes qui s'inquiètent du méfait qu'elles risquent de causer au foetus ou à leurs enfants. Ce sentiment de crainte et de culpabilité incite souvent les femmes à refuser de reconnaître leur alcoolisme et leur toxicomanie ou à éviter de s'inscrire à un traitement.

- **Manque de programmes propres aux femmes enceintes**. Les experts ont souligné le fait que les femmes enceintes ont besoin de programmes qui leur sont propres, qu'elles ont des besoins auxquels les programmes traditionnels destinés aux femmes ne peuvent répondre. Il faut absolument :

  - qu'elles puissent être admises en priorité;
  - que l'on porte attention aux problèmes médicaux pouvant découler de leur grossesse;
  - qu'elles reçoivent de l'enseignement sur la santé prénatale, sur l'accouchement et sur les soins postnatals;
  - qu'elles reçoivent des services et des renseignements relativement au syndrome d'alcoolisme foetal et aux effets de l'alcool sur le foetus (SAF/EAF).

6.3.2 Les femmes autochtones

Les experts ont reconnu les obstacles suivants comme étant propres aux femmes autochtones.

- **Les obstacles culturels et le manque de programmes conçus spécialement pour les femmes autochtones**. Les femmes autochtones ont une manière très particulière d'interpréter la vie et le changement que les programmes habituels ne comprennent souvent pas ou n'englobent pas. Cette façon de voir renferme certaines valeurs spirituelles et la participation à des rites traditionnels comme les cercles de guérison ou les sueries. Les femmes autochtones peuvent également se sentir plus à l'aise dans un cadre de traditions orales et avoir à coeur la communication avec les anciens. Non seulement la plupart des programmes ne sont pas culturellement adéquats, mais ils manquent aussi de personnel autochtone.

- **Manque de programmes conçus en fonction du sexe de la clientèle.** Les experts ont fait remarquer qu'il est très important de concevoir des programmes en fonction du sexe de la clientèle, surtout pour les femmes autochtones. Les programmes conçus en fonction du sexe leur apportent plus de sécurité, les protègent du harcèlement et leur offrent l'occasion d'explorer plus ouvertement leurs expériences passées.

- **Manque de soutien et de modèle de la part de la communauté.** Les femmes autochtones viennent souvent de collectivités dont les membres ne les soutiennent pas pendant leur réadaptation ou ne reconnaissent pas les efforts qu'elles font pour se rétablir. L'utilisation de modèles autochtones positifs doit être renforcée.

Plusieurs experts ont souligné le fait que la structure politique de certaines collectivités autochtones est dominée par les hommes. Il en découle souvent que les problèmes propres aux femmes soient minimisés ou qu'on décourage les femmes de parler ouvertement de leurs problèmes.

6.3.3 Les femmes de minorités ethnoculturelles

Les experts ont reconnu quatre obstacles principaux auxquels sont confrontées les femmes provenant de minorités ethnoculturelles.

- **Structures, croyances ou valeurs culturelles qui ne permettent pas de reconnaître les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et de drogues, ni d'avoir accès à un traitement régulier.** Ces femmes vivent souvent dans des milieux culturels où l'on ne reconnaît pas le fait qu'une femme puisse souffrir d'alcoolisme et de toxicomanie. L'interdiction pour les femmes de consommer de l'alcool ou d'autres drogues de façon abusive peut, dans certains cas, être si forte que les femmes sont terrorisées à l'idée de reconnaître leurs problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

  > *Il y a des tabous culturels envers les femmes qui consomment de l'alcool et des drogues. Une femme est venue suivre un traitement. Elle a dit qu'il lui était impossible de dire à sa famille et à sa communauté culturelle qu'elle avait un problème d'alcool parce que le simple fait de boire était inacceptable.*

  Dans les sociétés où les hommes sont chefs de famille, les femmes craignent souvent de s'exprimer ouvertement. D'autres femmes peuvent en encourager d'autres à dénier leurs problèmes.

  > *Nous nous trouvons face à des aspects culturels où les familles les empêchent de suivre un traitement. Dans certaines cultures, les époux et les belles-mères l'interdisent.*

  Dans certaines cultures, on tient à régler les problèmes à l'interne, utilisant des méthodes qui ne sont pas officielles.

- **Obstacles attribuables à la langue.** Ces obstacles entravent sérieusement l'accès au traitement. Les programmes n'ont généralement pas de personnel provenant de minorités; et les services d'interprétation sont coûteux et difficiles à organiser.

- **Manque de programmes conçus spécialement en fonction de la culture.** Les experts ont parlé d'un manque général de programmes de traitement conçus spécialement pour les femmes provenant de minorités, qui tiennent compte des obstacles liés à la langue et à la culture. Les programmes actuels ne tiennent pas compte de la culture, parce qu'on n'y retrouve pas suffisamment de personnel provenant de minorités ethnoculturelles et parce qu'on est incapable d'y résoudre les problèmes de langue ou d'y inclure un contenu culturel.
- **Manque de dépistage efficace et culturellement adéquat.** Les experts ont fait remarquer que les femmes des minorités ethnoculturelles ont tendance à être isolées et à ne pas connaître les organismes officiels de soins de santé et de services sociaux. Les activités de dépistage doivent inclure l'élaboration de liens avec des organismes qui appuient les minorités pour en améliorer l'accès.

6.3.4 Les femmes qui utilisent des drogues injectables

Les experts ont établi trois obstacles principaux au traitement des femmes qui utilisent des drogues injectables.

- **Haut niveau de stigmatisation provenant de la société, d'autres clientes et de membres du personnel.** Les experts ont fait remarquer que les utilisatrices de drogues injectables portent un important stigmate au sein même du milieu des consommateurs de drogues. Les autres consommateurs de drogues les placent au « plus bas » échelon de la hiérarchie du milieu à cause de leur style de vie et de leurs autres comportements à risque (comme la prostitution).

  Les utilisatrices de drogues injectables considèrent cette attitude négative comme étant une forme de jugement et de discrimination. Ces attitudes qu'elles perçoivent de la part du personnel et d'autres clientes les découragent souvent de suivre un traitement.

Apparition de problèmes de santé graves et/ou multiples. Un grand nombre d'utilisatrices de drogues injectables souffrent de graves problèmes à long terme, comme l'infection par le VIH et l'hépatite, que les membres du personnel ne sont souvent pas prêts à aborder dans le cadre d'un milieu de traitement traditionnel. Il arrive aussi que le personnel n'ait pas la formation requise pour traiter les graves problèmes médicaux ou sociaux de ce groupe.

Manque de traitements appropriés pour répondre à des besoins spéciaux. Les experts ont fait remarquer qu'il n'existe pas assez de programmes de traitement créatifs et pertinents pour les utilisatrices de drogues injectables. Voici certains types de traitement mieux adaptés à ce groupe :

- une méthode visant à réduire les méfaits plutôt qu'à encourager l'abstinence, surtout lors de l'admission au traitement;
- une plus grande disponibilité du traitement d'entretien à la méthadone;

- des services de gestion du sevrage plus longs et plus acceptables (particulièrement importants dans les collectivités éloignées et du Nord);
- des ressources spécialisées de traitement s'adressant aux travailleuses du sexe.

6.3.5 Les femmes atteintes du VIH/sida et de l'hépatite C

Les femmes atteintes du VIH/sida font face à des obstacles au traitement liés à l'isolement et au stigmate que crée leur maladie. Voici les principaux obstacles que les experts ont mentionnés pour ce groupe :

- **Crainte de reconnaître qu'elles sont atteintes de cette maladie devant les dispensateurs de traitement et d'autres clients.** Les clientes atteintes du sida ne savent pas vraiment comment elles seront accueillies en milieu de traitement. Bien que la plupart des membres du personnel soient bien informés, certains craignent les clientes atteintes du VIH/sida ou ne comprennent pas bien cette maladie. Les clientes qui ont le VIH/sida craignent aussi de parler ouvertement de leur maladie de peur de se voir exclues.

  > *C'est tout un stigmate qui leur est attaché – elles n'osent pas le dire ouvertement, et pourtant le programme leur demande de s'ouvrir.*

- **Isolement.** Les experts ont indiqué que les femmes atteintes du VIH/sida sont isolées et qu'elles manquent d'appui. Elles sont souvent sans-abri, elles ont de la difficulté à communiquer avec d'autres femmes et ne disposent pas des systèmes de soutien ni de ressources communautaires qui pourraient répondre à leurs besoins.

  > *Il n'y a pour ainsi dire pas de services sociaux pour ces femmes.*

- **Désespoir.** Les experts ont dit remarquer un sentiment de désespoir qui empêche ces femmes de s'inscrire à un traitement actif. Ces clientes ont une façon de voir les choses et des valeurs très différentes (« Pourquoi s'en faire quand on sait qu'on va mourir de toute façon? »). La méthode fondée sur l'abstinence est probablement celle qui est la *moins* appropriée pour ce groupe.

6.3.6 Les femmes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres drogues

Les experts ont reconnu de nombreux obstacles auxquels sont confrontées les femmes éprouvant des troubles concomitants. Les points suivants ont fait l'objet d'une unanimité :

- **Mauvais services de diagnostic/diagnostics incorrects ou incomplets.** Un grand nombre d'experts ont indiqué que les femmes ayant des troubles de santé mentale ne font pas l'objet d'un diagnostic approprié lors de l'admission, autant dans le système de soins de la santé mentale que dans celui du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Le personnel des programmes d'alcoolisme et de toxicomanie n'a

souvent pas la formation nécessaire pour effectuer des évaluations complètes de la santé mentale. De son côté, le personnel des établissements de santé mentale peut ne pas déceler des troubles attribuables à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

> *Une femme arrive (dans un service de santé mentale) gravement déprimée, anxieuse et suicidaire – il arrive souvent qu'on ne décèle pas de problème d'alcoolisme et de toxicomanie.*

***

> *Les conseillers en alcoolisme et en toxicomanie manquent de formation en psychiatrie. Ils ne comprennent pas le lien entre la santé mentale, l'alcoolisme, et la toxicomanie. Ils pensent qu'en éliminant l'alcool et les drogues, les troubles de santé mentale s'évanouiront.*

- **Manque de coordination et d'intégration entre les services de santé mentale et ceux d'alcoolisme et de la toxicomanie.** Les experts ont indiqué qu'il y a un manque de coordination entre le système de soins en santé mentale et celui de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, ce qui nuit à l'accessibilité au traitement. Ceci se caractérise par :
  - un manque de personnel, dans les deux systèmes, qui soit formé à reconnaître et à évaluer les deux types de problèmes;
  - un manque « d'entente » entre les deux systèmes sur le choix du problème à traiter en premier;
  - l'incapacité des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie d'aider ou de soutenir cliniquement les femmes qui prennent des médicaments;
  - un manque de coordination entre les systèmes, provoquant le renvoi des clients d'un système à l'autre.

- **Isolement.** Les femmes qui ont des troubles concomitants sont terriblement isolées. Elles manquent souvent d'appui personnel et de la part des membres de leur famille et craignent parfois de s'inscrire à un traitement de peur de devoir communiquer avec autrui.

> *Elles ont l'impression de ne pas pouvoir s'intégrer – isolement, désespoir et détresse.*

6.3.7 Les femmes incarcérées ou ayant des démêlés avec le système judiciaire

Les experts ont reconnu quatre obstacles auxquels sont confrontées les femmes incarcérées.

- **Manque de services dans les prisons.** Les experts ont l'impression que les femmes incarcérées n'ont qu'un accès limité aux services de traitement offerts dans les prisons.* Les services de traitement qui s'y donnent ne répondent pas nécessairement aux besoins des femmes.
- **Accessibilité restreinte aux programmes.** Les experts ont fait remarquer que les femmes de ce groupe n'ont parfois pas accès aux programmes, autant du côté du système pénal que de celui de la collectivité. Le système pénal peut parfois rendre difficile l'accessibilité des femmes à un traitement pendant qu'elles sont en prison. Il arrive que le personnel des libérations conditionnelles et de probation ne dirige pas les clientes vers des ressources de traitement communautaires en raison de la charge de travail. Enfin, les programmes de traitement eux-mêmes exigent souvent que les femmes soient sorties de prison pour les admettre.

  > *De nombreux organismes exigent que les clientes soient sorties de prison pour les admettre en traitement (ça devrait être le contraire – les programmes devraient être offerts dans les prisons).*

- **Clientes incapables de suivre un traitement avec succès.** Les experts ont indiqué que les femmes incarcérées éprouvent plus de difficulté à s'engager dans un traitement parce qu'il leur est difficile de s'adapter à la collectivité. Elles ont parfois des attentes irréalistes au sujet de leur réadaptation ou ont peine à suivre les exigences du traitement (il leur manque parfois de discipline personnelle ou elles sont incapables de se fixer des objectifs et de les réaliser).
- **Manque de lien entre les programmes que l'on trouve dans les prisons et ceux de la collectivité.** Les experts font remarquer qu'il semble y avoir un manque de lien entre les programmes que l'on trouve dans les prisons et les programmes des collectivités.
- **Manque de confiance envers le personnel et le milieu de traitement.** Certains experts ont indiqué que les femmes ayant eu des démêlés avec le système judiciaire éprouvent de la difficulté à se sentir en confiance dans le milieu de traitement, où elles doivent se montrer ouvertes devant autrui. Elles considèrent souvent ces programmes (autant ceux du système correctionnel que ceux offerts dans la collectivité) comme un volet de leur punition. Elles ont donc de la difficulté à se conformer à un traitement.

---

* Le système correctionnel fédéral offre des traitement pour l'alcoolisme et la toxicomanie.

6.3.8 Les femmes marginalisées/sans-abri

Les femmes qui sont marginalisées ou sans-abri sont confrontées à toute une gamme d'obstacles au traitement.

- **Pauvreté, manque de logement et besoin d'autres soutiens fondamentaux à la vie quotidienne**. La pauvreté et le manque de logement sont les principaux obstacles au traitement. Les femmes qui se battent pour satisfaire leurs besoins quotidiens ne cherchent pas à se faire traiter. Elles n'ont pas assez d'argent pour leur transport, pour se nourrir et pour téléphoner : tout contribue à leur isolement. Les experts ont aussi souligné le fait que les clientes ne s'inscrivent généralement pas à un traitement si elles n'ont pas de logement sécuritaire.
- **Manque « d'ouvertures » appropriées au traitement**. Les experts ont fait remarquer que (pour les raisons citées ci-dessus et pour d'autres problèmes comme la présence de troubles concomitants) les femmes sans-abri n'ont pas beaucoup de chances d'être admises à un programme de traitement en établissement ou en clinique externe. Il leur est difficile d'obtenir un rendez-vous ou de se rendre aux bureaux des travailleurs sociaux ou d'autres professionnels de la santé. Il leur faut des ressources « de première ligne » immédiates (par exemple, des services d'approche ou des services de rue); elles ne peuvent supporter les programmes officiels et très structurés.

  > *Il n'y a pas assez d'efforts officiels de déployés pour venir à bout de leurs problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie à moins qu'elles n'entrent en traitement complet (par exemple, un programme de stabilisation de jour où les femmes pourraient venir chaque jour). Les étapes sont trop grosses pour elles.*

- **Isolement**. Les femmes qui vivent dans la rue sont souvent isolées à cause de leur pauvreté, de leur manque de logement ou parce qu'elles ont des troubles concomitants. Cet isolement rend difficile tout contact avec des services de traitement.

  > *Il est difficile pour une cliente d'avoir accès à un traitement si elle n'a pas de téléphone, si on ne peut pas l'appeler ni faire de suivi.*
  >
  > ***
  >
  > *Isolées – si elles ne sont pas liées à des organismes de services sociaux, elles ne savent pas quels programmes sont disponibles.*

6.3.9 Les femmes vivant dans les collectivités rurales

D'après les experts, les obstacles au traitement auxquels font face les femmes vivant dans les collectivités rurales sont les suivants :

- **Manque de confidentialité et de vie privée**. Il est particulièrement difficile d'avouer son problème de consommation d'alcool et de drogues dans les petites collectivités où les réseaux sociaux sont peu étendus et liés entre eux et où il y a un manque de confidentialité et de vie privée. En reconnaissant qu'elles ont un problème d'alcoolisme et de toxicomanie, les femmes risquent d'entacher non seulement leur réputation, mais également celle de leur famille et de leurs enfants.

  > *Elles ont peur que leurs voisins connaissent leur problème. Elles ont même peur de prendre un dépliant de crainte que quelqu'un pourrait les voir faire et répandre la nouvelle.*
  >
  > ***
  >
  > *Dans les petites villes, le problème de l'accès au traitement est la confidentialité – et si une femme quitte sa collectivité pour aller dans un centre de traitement, les gens se demandent où elle se trouve.*
  >
  > ***
  >
  > *Les femmes font face à des problèmes de confidentialité – il se peut que certains membres de leur propre famille travaillent dans un centre de traitement.*

- **Isolement/manque de connaissance à propos des services**. Les femmes qui vivent dans des collectivités rurales ou géographiquement éloignées sont isolées et peuvent ne pas connaître les services qui sont disponibles ou être incapables d'y avoir accès.
- **Manque de moyens de transport (ou d'argent pour le transport)**. Le manque de moyen de transport pour se rendre à un centre de traitement est un obstacle de taille pour les femmes des régions rurales.
- **Manque de services accessibles, souples et axés sur les femmes**. Il y a moins de services de traitement, quels qu'ils soient, à la disposition des femmes des régions rurales. Les femmes des régions rurales manquent également de services qui soient souples et qui satisfassent à leurs besoins.

  > *Elles doivent s'inscrire à des programmes qui offrent plus que ce dont elles ont besoin parce qu'elles doivent aller dans des centres de traitement.*
  >
  > ***
  >
  > *Il n'y a pas assez de services souples – la plupart des femmes de la campagne préféreraient des services en clinique externe, mais il n'y en a pas dans les régions rurales.*

Pour avoir accès aux services, les femmes sont souvent obligées de quitter leur collectivité et d'assumer elles-mêmes les coûts reliés au logement, au transport et à la garde des enfants. Il arrive souvent aussi qu'elles aient de la difficulté à s'adapter à un environnement différent (urbain).

Tableau 5 : Obstacles associés aux groupes spéciaux

Groupe	Obstacles désignés par les experts
Femmes enceintes et mères de famille	➡ Crainte de perdre les enfants ➡ Besoins de services de garderie ➡ Stigmate attaché aux mères souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie ➡ Crainte, culpabilité, tristesse et honte ➡ Manque de programmes particuliers aux questions concernant la grossesse et l'accouchement
Femmes autochtones	➡ Différences culturelles ➡ Manque de programmes conçus spécialement pour les femmes autochtones ➡ Manque de personnel autochtone ➡ Manque de programmes conçus en fonction du sexe de la clientèle
Femmes de minorités ethno-culturelles	➡ Obstacles attribuables à la langue ➡ Déni de l'alcoolisme et de la toxicomanie des femmes ➡ Croyances et pratiques culturelles favorisant le déni ➡ Conviction de pouvoir régler les problèmes avec des méthodes non officielles ➡ Culture dominée par les hommes ➡ Manque de programmes conçus en fonction de la culture ➡ Manque de dépistage culturellement adéquat et efficace dans les rues
Utilisatrices de drogues injectables	➡ Honte, jugement, discrimination ➡ Problèmes de santé à long terme ➡ Manque de programmes adéquats (modèle de réduction des méfaits, services de désintoxication, traitement à la méthadone) ➡ Manque de programmes pour les travailleuses du sexe
Femmes atteintes du VIH/sida	➡ Crainte d'avouer au personnel du programme de traitement qu'elles en sont atteintes ➡ Portent un stigmate ➡ Rejetées par les autres clientes ➡ Problèmes de santé multiples ➡ Isolement ➡ Sentiment de détresse
Femmes ayant des troubles de santé mentale concomitants	➡ Mauvais services de diagnostic et d'évaluation ➡ Manque de coordination et d'intégration entre le système de soins en santé mentale et le système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ➡ Isolement
Femmes incarcérées ou femmes ayant des démêlés avec la justice	➡ Manque de services dans les prisons ➡ Accès restreint aux programmes communautaires ➡ Incapacité à suivre un traitement de façon efficace ➡ Manque de suivi entre les programmes à l'intérieur des prisons et les programmes communautaires ➡ Confiance
Femmes marginalisées et sans-abri	➡ Pauvreté, manque de logement et d'autres besoins fondamentaux ➡ Manque « d'ouvertures » appropriées au traitement ➡ Isolement (les travailleurs d'un programme sont incapables de garder le contact)
Femmes vivant dans une collectivité rurale	➡ Isolement ➡ Manque de services ➡ Manque de connaissance des services ➡ Manque de vie privée et de confidentialité ➡ Frais élevés d'accès aux services (transport, service de garde)

6.4 Les obstacles types à l'accessibilité au traitement : examen de la documentation

La plupart des gens qui ont des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues ne suivent pas de traitement (Grant, 1997). Parmi ceux qui le font, beaucoup plus d'hommes que de femmes s'inscrivent à un traitement spécial (Schober et Annis, 1996). La documentation indique clairement que les femmes suivent un cheminement unique par rapport au traitement et que leur expérience et leur interprétation des divers obstacles sont complexes.

Il existe également beaucoup de documentation sur les obstacles qui empêchent les femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie de suivre un traitement. Bien que ces obstacles soient classés légèrement différemment, voici un survol de ceux qui s'appliquent à toutes les femmes : (Beckman et Amaro, 1986; Thom, 1986; Thom, 1986, 1987; Cooper, 1991; Wilsnack, 1991; Cunningham et Sobell, 1993; Ja et Aoki, 1993; *Planning for Change*, 1993; *Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission*, 1993; Allen, 1994; Beckman, 1994b; Schober et Annis, 1996; Copeland, 1997; Finkelstein et coll., 1997; Grant, 1997; Klein et coll., 1997).

Les obstacles décrits dans la documentation reflètent bien les sujets que les experts ont déterminés, bien que la documentation mette davantage l'accent sur les obstacles associés aux « ouvertures » ou aux points d'entrée du traitement.

6.4.1 Les obstacles personnels

La documentation fait état des obstacles personnels suivants, empêchant les femmes d'avoir accès au traitement.

- **Sentiments de honte et de malaise liés au stigmate et aux préjudices sociaux.** La société marque d'un stigmate les personnes qui font une consommation abusive d'alcool et de drogues (Beckman et Amaro, 1986; Copeland, 1997). Ce stigmate s'amplifie lorsqu'il s'agit des femmes. On lie souvent la consommation d'alcool « au libertinage et à la déficience maternelle ». Le stigmate et la honte peuvent également jouer un certain rôle dans la difficulté qu'ont les femmes à reconnaître leur problème d'alcoolisme et de toxicomanie (Smith, 1992).
- **Manque de confiance envers les traitements de l'alcoolisme et envers leur efficacité.** Même lorsque des personnes adultes alcooliques constatent qu'elles ont besoin de se faire traiter, plusieurs ne le font pas. Dans son étude sur les hommes et les femmes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool, Grant (1997) a remarqué qu'une des principales raisons pour lesquelles les gens ne vont pas suivre de traitement est qu'ils ne font pas confiance au système de traitement de l'alcoolisme et à son efficacité.
- **Croyance que les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie devraient pouvoir eux-mêmes régler leurs problèmes et les répercussions qui en découlent.** Dans une étude effectuée auprès d'hommes et de femmes ayant des problèmes attribuables à leur consommation d'alcool, Grant (1997) a remarqué que 30 p. 100 des 964 personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool n'envisageaient pas

de se faire traiter, parce qu'elles étaient convaincues être « assez fortes pour s'en sortir elles-mêmes ». Vingt pour cent d'entre elles étaient convaincues que leur problème d'alcoolisme diminuerait tout seul, et 23 p. 100 d'entre elles considéraient que leur problème n'était pas assez grave pour qu'elles aillent chercher de l'aide.

Thom (1987), dans une étude sur les démarches différentes qu'ont les hommes et les femmes de chercher un traitement à leur problème d'alcoolisme, constate que les femmes ne considèrent pas l'alcool comme étant un problème majeur et qu'elles ont d'importantes réserves quant à la pertinence de leur besoin de traitement.

- **Manque d'information sur les ressources et sur les programmes relatifs au traitement**. Dans son analyse des obstacles au traitement, Allen (1994) indique que le plus grand obstacle des femmes au traitement est le fait qu'elles ne connaissent pas suffisamment les programmes qui leur sont offerts. Grant constate que les femmes ont davantage (que les hommes) l'habitude de dire qu'elles ne savent pas où aller pour obtenir de l'aide.

S'il est vrai que les femmes s'en remettent davantage à l'aiguillage de la famille ou d'amis, ou apprennent l'existence de programmes de traitement par l'entremise d'annonces publicitaires ou du bouche à oreille, l'étude suggère qu'il faille étendre, à l'égard des femmes, les modes d'aiguillage plus conventionnels (Grant, 1997 : 370).

- **Violence et abus/ besoin de sécurité.** Copeland et Hall (1992), dans leur étude portant sur 160 femmes en traitement, constatent que 86 p. 100 d'entre elles ont subi certaines formes de violence physique ou sexuelle à une certaine période de leur vie. Les femmes qui ont subi de la violence ressentent souvent un besoin plus aigu de vivre dans un milieu sécuritaire qu'elle pensent ne pas pouvoir trouver dans un contexte de traitement.
- **Les façons de considérer les ouvertures au traitement des problèmes liés à l'alcool et aux drogues**. En général, les femmes considèrent la consommation d'alcool et de drogues comme une solution à leurs besoins ou à leurs problèmes sociaux, de santé mentale ou de santé physique. Les femmes ont moins tendance que les hommes à considérer leur consommation d'alcool comme étant une source de problèmes dans leur vie (problèmes d'ordre juridique, financier, familial ou reliés leur travail). Les femmes attribuent plutôt leur consommation d'alcool à l'anxiété, à la dépression et à des circonstances difficiles. Gomberg (tel que cité par Beckman, 1994b) signale que les motifs les plus fréquents qu'invoquent les femmes qui veulent suivre un traitement sont la dépression, des problèmes médicaux, des problèmes de relations familiales et les sentiments qu'elles éprouvent à l'égard des enfants qui quittent la maison.

À cause de ces différences, les femmes ont moins tendance que les hommes à chercher, à prime abord, de l'aide auprès des services de traitement de l'alcoolisme et d'autres dépendances à des produits chimiques. Elles auront plutôt tendance à demander de l'aide à leur médecin ou à des services de soins en santé mentale lorsqu'elles éprouvent des problèmes. Il se peut que les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne soient pas bien précisés.

6.4.2 Les obstacles interpersonnels

Beckman et Amaro (1986) font remarquer que les femmes disent subir de plus grands préjudices sociaux que les hommes lorsqu'elles se font traiter pour l'alcoolisme. Près de la moitié d'entre elles (par rapport à 20 p. 100 des hommes) affirment que leurs problèmes avec les membres de leur famille, leurs amis ou leurs finances les dissuadent de se faire traiter.

Les femmes font aussi face à plus d'opposition de la part de leur famille et de leurs amis au cours des mois précédant le début du traitement. Selon certaines études, les femmes sont souvent encouragées à continuer de boire par les époux et les partenaires qui ont, eux-mêmes, des problèmes d'alcoolisme. (Wilsnack, 1991)

6.4.3 Les obstacles liés aux programmes et à leur structure

Les obstacles liés aux programmes et à leur structure découragent aussi les femmes à se faire traiter. En voici quelques-uns :

- **Dépistage de programme restreint.** Swift et Copeland font remarquer que les services de traitement manquent souvent de mécanismes de dépistage ou d'aiguillage qui pourraient aider les femmes à suivre un traitement.

  > Les solutions (aux programmes) pourraient comprendre l'amélioration du dépistage, des réseaux d'aiguillage et de la promotion des services axés particulièrement sur les femmes qui ne connaissent peut-être pas la gamme des services qui leur sont offerts. En donnant de l'information plus détaillée sur les programmes, on éliminera peut-être les craintes que les clientes éventuelles, leurs partenaires et les membres de leur famille pourraient avoir sur la nature du traitement.
  > (Swift et Copeland, 1996 : 217).

- **Systèmes d'aiguillage inadéquats.** Les programmes généraux de santé mentale où elles sont d'abord inscrites, ou encore leur médecin de famille ne dirigent pas régulièrement les femmes à des traitements spécialisés pour une foule de raisons, notamment le fait que les professionnels ne savent pas dépister les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie ou que les femmes elles-mêmes refusent de reconnaître les problèmes que crée leur alcoolisme et leur toxicomanie (Mulford, tel que cité par Smith, 1992).

- **Coûts liés au traitement**. Les femmes qui ont besoin de traitement ont souvent un revenu très bas et peu de ressources économiques. Les coûts directs du traitement, le non remboursement de leur salaire et les frais inhérents au traitement (les frais de garde, de transport) peuvent rendre un traitement inaccessible (Beckman et Amaro, 1986).
- **Traitement structuré comme celui des hommes**. La documentation indique que les traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie sont généralement structurés de façon à répondre aux besoins des hommes plutôt qu'à ceux des femmes (Wilke, 1994). Ce préjudice selon lequel « l'homme constitue la norme » se manifeste par un manque d'éléments de programme particuliers aux femmes, par un manque de personnel féminin et par un manque d'attention aux valeurs et aux modes d'interaction des femmes. Par exemple, Smith fait remarquer que les femmes s'adaptent mieux que les hommes aux programmes à modèles multiples qui comportent des groupes de soutien et où l'on traite des problèmes de violence conjugale sexuelle.

  > Les programmes traditionnels de traitement reflètent généralement les valeurs masculines traditionnelles, comme l'importance de l'ethos du travail chez les hommes et le besoin d'avoir un emploi à plein temps. Ceci se dégage souvent de manière indirecte de l'organisation quotidienne des programmes. . . . (Smith, 1992 : 8)

- **Attitudes des dispensateurs de services**. Vanicelli (tel que cité par Smith, 1992) souligne que bien souvent, les dispensateurs de services partagent les mêmes valeurs négatives envers les femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie que le grand public, surtout en ce qui concerne la croyance que les femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie ont de mauvais pronostics et sont plus difficiles à traiter.
- **Mauvais diagnostics et manque de réseaux d'aiguillage efficaces**. Les omnipraticiens posent souvent de mauvais diagnostics à l'égard de patientes ayant des problèmes attribuables à l'alcool et aux drogues. Si les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues *ne sont pas* cernés dès les premières étapes de l'admission, les femmes risquent de ne pas être aiguillées vers des services de traitement spécialisés. Dans une étude de cas, Mulford (tel que cité par Smith, 1992) a remarqué que seulement 10 p. 100 des femmes (ayant besoin de traitement) avaient vraiment été aiguillées vers des services de traitement par leur médecin alors que près de la moitié d'entre elles avaient reçu une ordonnance pour traiter une maladie nerveuse ou la ménopause.

On observe également une incidence croissante de dépression, d'anxiété et de névrose post-traumatique chez les femmes souffrant d'alcoolisme. La présence de ces troubles indique que les femmes ont davantage tendance à chercher de l'aide auprès de centres généraux de traitement en santé mentale, lesquels ne constituent pas nécessairement la route directe au traitement (Schober et Annis, 1996). Même lorsqu'elles reçoivent un bon diagnostic et qu'elles sont bien aiguillées, les femmes ont moins tendance à reconnaître que leurs problèmes sont attribuables à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

- **Manque de ressources et de services de garderie**. Le manque de services de garderie ou de ressources pouvant défrayer les services de garde est la principale raison pour laquelle les femmes ne s'inscrivent pas à des traitements. Elles craignent aussi parfois de perdre leurs enfants aux services de protection de l'enfance. Dans un sondage effectué auprès de répondants qui dispensent des traitements, Wilsnack (1991) a découvert que l'un des plus grands obstacles auxquels font face les femmes est leur responsabilité face aux enfants qui dépendent d'elles. Les femmes ont plus tendance que les hommes à se confier à des organismes de traitement de l'alcoolisme qui offrent des services de garderie ou de traitement des enfants (Beckman et Kocel, tels que cités par Schober et Annis, 1996).

Autres obstacles liés aux programmes et à leur structure contenus dans la documentation :

- manque de personnel féminin (Allen, 1994; Beckman et Kasl tels que cités dans Schober et Annis, 1996);
- exigences strictes en matière d'abstinence (trop inflexibles pour la plupart des femmes);
- manque de personnel approprié (Schober et Annis, 1996);
- lieux du traitement (en milieu psychiatrique traumatisant) (Schober et Annis, 1996);.
- personnel découragé et manquant d'engagement (Schober et Annis, 1996);
- listes d'attente (Schober et Annis, 1996).

6.5 Les obstacles confrontés par les groupes spéciaux : examen de la documentation

La documentation ne traite pas en détail des obstacles auxquels sont confrontés tous les sous-groupes mentionnés dans la présente étude. Voici toutefois un survol de la documentation se rapportant à certains de ces groupes.

6.5.1 Les femmes enceintes et les mères de famille

Dans une étude sur les besoins de traitement qu'ont les femmes enceintes, Finkelstein (1994) signale deux grands obstacles auquel est confronté ce groupe.

- **Attitude négative des gens, par laquelle ils étiquettent, rejettent et blâment ces femmes**. La société blâme très sévèrement les femmes enceintes et les mères de famille. Tant les membres de la collectivité que les dispensateurs de soins de santé et de services sociaux font régulièrement état de leur blâme et de leur rejet à l'égard de ces femmes.
- **Manque de traitement et de ressources connexes axés particulièrement sur les femmes enceintes et sur les mères de famille**. Finkelstein signale qu'il n'existe pas assez de centres de traitement où l'on :
  - peut s'occuper des questions médicales (comme la désintoxication adéquate) pendant la grossesse;

- peut s'occuper des questions périnatales;
- peut assurer la garde des nourrissons et des enfants pendant que la mère suit son traitement;
- peut aider à régler la question des coûts;
- offre une formation adéquate au personnel.

Dans le cadre d'une étude portant sur 47 femmes enceintes ou mères de famille (dont 40 p. 100 étaient autochtones) ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues (et dont les enfants avaient 16 ans ou moins), menée à Vancouver et à Prince George en Colombie-Britannique, Poole et Issac (1999) décrivent sept obstacles principaux cernés par les répondantes. Il s'agit d'obstacles personnels et d'entraves créées par la structure des programmes :

- la honte (66 p. 100);
- la crainte de perdre les enfants si l'on apprend qu'elles suivent un traitement (62 p. 100);
- la crainte d'être traitées avec préjudice parce qu'elles sont enceintes ou mères de famille (60 p. 100);
- les sentiments de dépression et de mauvaise estime de soi (50 p. 100);
- l'assurance qu'elles peuvent régler leur problème sans se faire traiter (55 p. 100);
- le manque d'information quant aux ressources disponibles (55 p. 100).
- les listes d'attente pour obtenir des services de traitement (53 p. 100).

6.5.2 Les femmes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres drogues

- **Manque d'uniformité du système de traitement.** Grella (1996) souligne que les différences de philosophie et de méthodes des divers systèmes de soins de santé mentale et de services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie créent souvent des obstacles supplémentaires pour les femmes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres drogues. Ces différences se manifestent dans :
  - la définition et l'interprétation du problème;
  - l'interprétation de la motivation de la cliente et dans la façon de déterminer si la cliente est « prête » à suivre un traitement;
  - les méthodes et les modalités d'un traitement;
  - l'attitude du personnel face à l'utilisation de drogues pour le traitement;
  - la formation, les compétences et les caractéristiques du personnel.

Ces différences entraînent un manque de coordination des approches, des diagnostics inadéquats et des incohérences en ce qui a trait à la prestation des traitements.

6.5.3 Les femmes autochtones

On ne trouve pas beaucoup de données sur les obstacles particuliers auxquels sont confrontées les femmes autochtones. Dans le résumé d'une conférence nationale tenue au Canada sur les femmes et la chimiodépendance (*Planning for Change*, 1993), on présente les obstacles suivants comme étant ceux qui touchent le plus gravement les femmes autochtones :

- les listes d'attente;
- le manque de services de garderie;
- les obstacles liés à la langue et le manque de services d'interprétation;
- les mauvais réseaux d'aiguillage;
- les responsabilités familiales négligées;
- les stigmates;
- le manque d'appui des membres de la famille.

6.5.4 Les femmes de minorités ethnoculturelles

Une étude de Santé Canada sur les femmes immigrantes et la consommation d'alcool et d'autres drogues (Santé Canada, 1996a) révèle un certain nombre de questions associées à l'accessibilité des services et aux obstacles auxquels sont confrontées les femmes immigrantes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Parmi ces questions, notons le manque de connaissance et de ressources, tant de la part des organismes traditionnels de santé que des organismes d'aide aux immigrants ou des organismes ethnoculturels, pour attaquer les problèmes de ces femmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues; le manque d'information ou la mauvaise information quant à la disponibilité de services culturellement adéquat, situation qui entraîne souvent un aiguillage inadéquat ou le renvoi des femmes, de l'un à l'autre, entre un organisme traditionnel de santé et un organisme ethnoculturel; des attentes irréalistes des organismes traditionnels à propos de la capacité et des ressources des organismes ethnoculturels et d'aide aux immigrants pour dispenser des traitements de la consommation d'alcool et d'autres drogues.

En raison de ces obstacles, le rapport souligne qu'il est possible que les femmes immigrantes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne reçoivent aucune aide ni aucune information ou encore, si elles en reçoivent, il se peut que ce soit dans une langue qu'elle ne connaisse pas ou dans leur propre langue mais de personnes qui n'ont aucune expérience du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie, ou d'un point de vue qui ne tienne pas compte de leur réalité ou de leurs besoins culturels en tant que femmes.

Dans leur étude sur les obstacles au traitement des femmes asiatiques vivant aux États-Unis*, Ja et Aoki (1993) mentionnent quelques obstacles supplémentaires :

- **Manque de données sur la prévalence de l'alcoolisme et de la toxicomanie.** Les Asiatiques ont été stéréotypés comme étant une « minorité modèle », laissant généralement entendre qu'ils consomment moins d'alcool et d'autres drogues que d'autres. C'est pour cette raison que bon nombre de statistiques ignorent ce groupe ainsi que d'autres minorités ethnoculturelles. La réalité démontre cependant qu'il existe différents taux de consommation chez différents sous-groupes asiatiques (Chi, tel que cité par Ja et Aoki, 1993).
- **Valeurs ou attentes culturelles.** Il est possible que les familles ou les collectivités ethniques ignorent, nient ou rejettent les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues ou découragent les femmes d'aller se faire traiter à l'extérieur de la collectivité en raison de croyances ou de pratiques culturelles.
- **Manque de programmes conçus en fonction de la culture.** Les auteurs concluent que le fait de simplement appliquer des programmes traditionnels aux minorités ethniques risque de ne pas répondre adéquatement aux besoins de ces femmes. Les programmes doivent comporter des éléments qui s'adressent directement aux pratiques et aux valeurs ethniques. Ces éléments additionnels doivent comprendre une forte concentration sur l'orientation des programmes (décrivant clairement les buts des programmes), le contenu et les attentes, l'intégration de méthodes visant à éviter les confrontations, des services de consultations familiales et des éléments créatifs (art, musique, danse ou théâtre).
- **Manque de programmes spécialisés de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.** Dans les collectivités ethnoculturelles, les services de traitement sont généralement dispensés par des organismes génériques, non spécialisés et non qualifiés.
- **Motivation confuse ou inadéquate de ce groupe de clientes** provenant de la honte et du déni des membres de la famille.
- **Manque de programmes qui respectent ou favorisent l'unité familiale.**
- **Sources d'aiguillage inadéquates ou sans formation pour faciliter l'aiguillage vers un traitement.**
- **Confiance en des mécanismes non officiels de règlement des problèmes familiaux.**

6.5.5 Les femmes vivant dans les collectivités rurales

Une étude effectuée par Santé Canada intitulée *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : de la problématique aux programmes* (Santé Canada, 1996b), détermine un certain nombre de questions se rapportant aux programmes et aux services, notamment :

---

* Ces conclusions peuvent ne pas s'appliquer à d'autres groupes de minorités ethnoculturelles.

- **Manque de services adéquats pour les femmes.** Il peut s'agir de l'absence du service lui-même, d'un service qui manque de personnel ou d'équipement, ce qui restreint les possibilités d'aiguillage.
- **Manque de services axés sur les femmes**. Dans les régions rurales, les services d'évaluation et de traitement peuvent comporter un modèle d'intervention traditionnelle ou masculine; de plus, les services existants peuvent n'offrir qu'une seule approche (par exemple, l'abstinence) et ne pas offrir de services de réduction des méfaits.
- **Conseils inadéquats en matière de violence physique ou sexuelle**. De façon plus particulière, le manque de services de traitement pour les femmes ayant fait l'objet de violence physique ou sexuelle dans leur enfance constitue un problème majeur.
- **Le manque de connaissance de la part des professionnels sur la réalité que vivent les femmes des régions rurales**. « Les personnes qui vivent des problèmes veulent parler à des gens qui ont vécu le même genre de problèmes » (Santé Canada, 1996c). Les femmes en milieu rural ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent avoir de la difficulté à trouver une personne aidante qui connaisse la vie en milieu rural et les problèmes qui y sont associés.

Les auteurs d'une étude sur la consommation de drogues illégales chez les adultes des régions rurales (Robertson et Donnermeyer, 1997) ont remarqué que la distance et le manque de moyens de transport constituaient des obstacles importants à l'utilisation de services de traitement. La pauvreté chronique de bon nombre de ces régions empêche les clients d'accéder à des services d'intervention précoce. Les coûts liés au traitement constituent également une source de dissuasion (par exemple, le transport, les coûts du logement et des repas pour les programmes de traitement en établissement).

6.5.6 Les femmes incarcérées

Le principal obstacle auquel est confronté ce sous-groupe est le manque général de programmes de traitement ou de services connexes à l'intérieur des établissement correctionnels.

Au Canada, on estime que 56 p. 100 des femmes incarcérées ont été impliquées dans des crimes ayant trait à la drogue (Lightfoot et Lambert, tels que cités par Lightfoot et coll., 1996b). Au niveau fédéral, le Service correctionnel du Canada offre des traitements, tant à l'intérieur des institutions qu'au plan communautaire. On ne dispose, cependant, d'aucun renseignement particulier quant à l'étendue, à la portée et au contenu des traitements offerts aux femmes dans les établissements correctionnels provinciaux.

Une récente publication intitulée *Substance Abuse Treatment for Women Offenders: Guide to Promising Practices* de la *U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (1999)*, résume la recherche effectuée auprès des femmes contrevenantes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et donne des lignes directrices à l'égard du traitement axé sur

les femmes dans les établissements correctionnels, incluant les questions et les obstacles relatifs au système qui doivent être abordés. On peut avoir accès à cette publication en ligne ou se la procurer sur papier auprès du SAMHSA.

6.5.7 Les femmes sans-abri vivant dans la rue

Nous n'avons trouvé, dans la documentation, aucune donnée particulière sur les obstacles auxquels sont confrontés les femmes sans-abri vivant dans la rue. Dans une étude sur les hommes et les femmes sans-abri qui ont des problèmes d'alcool et de drogues, Milby et coll. suggèrent que le fait d'être sans-abri nuit fondamentalement à la capacité d'une personne souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie de réagir positivement à un traitement.

> Il est possible que le besoin de se reposer et de dormir, de manger et de se mettre à l'abri du mauvais temps soit plus fort que celui de traiter un problème d'alcoolisme et de toxicomanie (Milby et coll., 1996 : 40).

Cette étude démontre que le traitement de jour accompagné d'une thérapie par le travail et d'un soutien à l'égard du logement donnent des résultats améliorés. Il semble que l'apport d'un système de soutien *multidimensionnel* soit l'élément le plus crucial pour éliminer les obstacles auxquels est confronté ce groupe.

7. Dépistage, prise de contact et engagement*

7.1 Dépistage, prise de contact et engagement : le point de vue des experts

On lit dans la documentation qu'en général, les femmes ne s'adressent pas directement aux services de traitement spécialisé, mais qu'elles y sont aiguillées par les organismes de soins en santé mentale, les services sociaux, les organismes de santé ou par leur médecin. Cet état de fait est attribuable à des facteurs comme la honte, les stigmates et le déni ou à la façon de définir ce qu'est la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Les experts ont signalé un certain nombre de meilleures pratiques permettant d'encourager les femmes à suivre un traitement dès le début de leur alcoolisme et de leur toxicomanie.

- **L'élaboration d'une stratégie de promotion/de dépistage multidimensionnelle instructive, accessible et non stigmatisante.** Les experts se sont largement entendus sur le besoin d'élaborer consciencieusement des stratégies de dépistage qui répondent aux besoins et aux craintes des femmes. On retrouve ci-dessous les éléments constituant une stratégie efficace de promotion d'un traitement :

---

* Dans cette section et dans celles qui suivent, les tableaux contenant les éléments efficaces d'un programme ne sont pas classés par ordre d'importance.

Tableau 6 : Éléments d'une stratégie efficace de promotion d'un programme

Éléments
• Distribution de documents de promotion et d'information sur le programme aux endroits où les femmes se réunissent ou se trouvent souvent (buanderies publiques, terrains de jeu, bureaux de médecins, centres d'accueil pour les parents, rayons des cosmétiques ou des vêtements, pharmacies, centres pour bébés bien portants).
• Promotion soulignant la confidentialité et la sûreté du traitement ainsi que la protection de la vie des clientes.
• Publicité décrivant la gamme des choix de traitement disponibles (type, durée, horaire, forme).
• Publicité positive, remplie d'espoir et ne portant pas jugement.
• Diffusion de la promotion sous différentes formes (dépliants, affiches et annonces de services publics).
• Ligne téléphonique sans frais offrant des renseignements et un enseignement de base, notamment sur des préoccupations comme le manque de confiance à l'égard de l'efficacité du traitement ou la croyance à l'effet que les gens devraient pouvoir régler eux-mêmes leurs propres problèmes.
• S'assurer que la publicité s'adresse aux besoins de la mère, pas seulement à ceux de l'enfant à naître.
• Publicité axée sur l'action, sur l'aide pratique et sur l'intervention immédiate.

Comme l'a fait remarquer un des experts, la promotion des programmes devrait susciter un sentiment de prise en charge de soi chez les femmes.

> *Ne leur dites pas : « Vous avez un problème » mais parlez directement de comportement, et dites : « Voici ce que vous pouvez faire pour vous en sortir ». Suscitez chez ces femmes un sens de contrôle et donnez-leur des renseignements utiles.*

- **L'établissement d'une méthode de collaboration avec les médecins qui renforcerait l'aiguillage.** Le médecin est généralement la première personne que les femmes souffrant de problèmes de santé mentale ou physique vont consulter. Les médecins les aiguillent, cependant, relativement peu vers des programmes de traitement spécialisés.

> *Il faut que les dispensateurs de soins de santé « brisent cette conspiration du silence » lorsque ces femmes viennent consulter leur médecin; les médecins doivent s'efforcer de dépister l'alcoolisme et la toxicomanie.*

- **L'établissement de liens solides avec d'autres organismes communautaires qui offrent des services aux femmes.** Ces liens pourraient comprendre la formation et le soutien des membres du personnel dispensant le traitement, l'échange d'information (sur les besoins et les caractéristiques des clientes et sur les ressources du programme) ou encore le placement de travailleurs dans d'autres organismes.

Les programmes de prévention donnés dans les écoles permettent aux enfants d'apporter à leurs parents une invitation à des ateliers.

***

Les adolescentes risquent fortement de tomber dans la consommation de drogues et dans la prostitution. Il est donc des plus avantageux qu'un centre d'accueil puisse compter sur un travailleur spécialement attitré auprès des jeunes.

***

Donnez des consultations aux travailleurs qui oeuvrent dans la rue, qui offrent des services dans les roulottes et à ceux qui dispensent des soins de santé mentale.

- **Le dépistage direct sur les lieux de résidence ou de travail des clientes éventuelles.** La présence de travailleurs dans la rue est particulièrement importante dans le cas des femmes autochtones, des femmes vivant dans la rue et des femmes qui proviennent de minorités ethnoculturelles.

  Allez directement dans leur maison – dans une collectivité, c'est facile – menez un sondage (porte à porte) avec l'aide des membres de la collectivité (pour distribuer de la promotion).

  ***

  Dans le cas des femmes autochtones, il est très important d'aller les rencontrer là où elles se trouvent (leur centre culturel) – elles peuvent voir, ainsi, que les dispensateurs du programme s'intéressent à elles.

  ***

  Allez leur rendre visite en prison et à l'hôpital.

- **L'offre d'un choix de traitements et de services connexes.** Les experts ont souligné l'importance d'offrir un choix de traitements que les femmes peuvent évaluer et parmi lesquels elle peuvent choisir celui qui convient à leurs besoins.

  Offrez des choix souples (traitement en établissement ou traitement de jour en clinique externe) et laissez les femmes choisir en fonction de leur vie personnelle.

Ces options devraient reposer sur toute une gamme de possibilités et ne devraient pas être uniquement liés au traitement.

Donnez-lui ce qu'elle vous demande quand elle en a besoin – écoutez bien ce qu'elle vous demande et donnez-le-lui dans l'ordre de ses requêtes.

- **Un traitement comportant des critères d'admission souples et ouverts (non reliés à l'abstinence).** L'abstinence ne devrait pas constituer une exigence à l'étape de la prise de contact en vue du traitement. À ce stade, il est plus approprié d'accepter la situation dans laquelle la femme se trouve, de comprendre la possibilité d'une rechute et de se concentrer sur la réduction des méfaits.
- **Un traitement axé sur les femmes et conçu en fonction de leur culture.** Les experts s'entendent fortement sur le besoin d'offrir des programmes axés sur les femmes où l'on traite de leur situation, de leurs besoins et de leurs valeurs. Le traitement doit aussi respecter les différences culturelles et linguistiques et intégrer des éléments répondant aux critères culturels.
- **Information relative à un traitement réaliste et réalisable.** Les femmes ne doivent pas se sentir submergées dès le départ par l'information et par les attentes qu'on leur présente à l'égard du traitement. Les objectifs du traitement doivent être réalistes et les plans pour y arriver doivent être réalisables.
- **Le besoin d'une méthode de traitement visant la prise en charge de soi-même.** Les experts ont souligné que la manière la plus efficace d'inciter les femmes à s'engager à suivre un traitement est de les encourager à prendre leur vie en mains. Ce modèle de prise en charge de soi (tel que décrit par les experts) comprend les éléments suivants :
  - donner aux femmes l'occasion de définir leurs propres besoins;
  - respecter les choix des femmes;
  - aider les femmes à accéder à la gamme de traitements dont elles ont besoin;
  - suivre une méthode d'évolution permettant de déterminer où les femmes en sont et où elles veulent s'orienter;
  - convaincre les membres du personnel que les femmes sont capables de prendre des décisions positives en ce qui concerne leur vie;
  - aider les femmes à redéfinir leurs expériences sans porter un jugement.

    Conceptualiser leur comportement plutôt que de l'étiqueter – aider les femmes à comprendre leur consommation par rapport à leur façon d'affronter la vie – utiliser leurs expériences et leur alcoolisme et leur toxicomanie comme mécanisme d'adaptation plutôt que d'en faire un objet de honte.

- **Un traitement accessible et en temps opportun (également sur le plan de la structure).** Les experts ont aussi souligné l'importance de fournir des services accessibles et en temps opportun :
  - en offrant un soutien pratique qui aide les femmes à accéder au traitement (autobus, frais de transport);
  - en élaborant des structures de traitement faciles à respecter (par exemple, un centre fournissant tous les services relatifs au traitement).

Tableau 7 : Dépistage, prise de contact et engagement

Éléments de meilleures pratiques : dépistage, prise de contact et engagement
• Élaborer un système promotionnel multidimensionnel, instructif, non stigmatisant, accessible et axé sur la résolution des problèmes.
• Placer la publicité à des endroits non traditionnels.
• Mettre l'accent sur la confidentialité des services.
• Présenter la publicité sous différentes formes.
• Collaborer avec les médecins et les dispensateurs de soins de santé pour mieux aiguiller la clientèle.
• Établir des liens solides avec d'autres organismes de services aux femmes.
• Effectuer un dépistage direct sur les lieux, là où c'est possible (cet aspect peut être particulièrement pertinent à l'égard des femmes autochtones vivant dans des collectivités isolées).
• Offrir une gamme de services qui ne sont pas tous liés directement au traitement.
• Insister sur la réduction des méfaits, non sur l'abstinence, comme méthode d'engagement.
• Offrir un traitement adéquat au plan culturel.
• Offrir un traitement conçu pour les femmes.
• Utiliser un modèle de prise en charge de soi pour attirer les femmes.
• Présenter le traitement avec réalisme.
• Faciliter l'accès au traitement (par exemple, un centre contenant tous les services, des horaires souples, des endroits facilement accessibles).
• Offrir des ressources (par exemple, le transport) qui aident la cliente à suivre le traitement.

7.2 Dépistage, prise de contact et engagement : examen de la documentation

La documentation relative à la prise de contact et à l'engagement à l'égard du traitement recoupe celle traitant des obstacles et des méthodes optimales de traitement. Nous avons pu, en examinant cette documentation, en retirer les meilleures pratiques suivantes à l'égard du dépistage et de l'engagement relatifs au traitement :

- **Importance d'une aide active à l'aiguillage et à l'admission au traitement**. Dans leur étude sur l'admission des utilisateurs et des utilisatrices d'opiacés par injection, Booth et coll. (1992) ont remarqué que l'aide active des membres du personnel à l'admission des clients et clientes (liste d'admissions, aide au transport et élimination des frais d'admission), avait un effet plus positif relativement à l'admission au traitement qu'une méthode moins proactive (même si le taux de rétention des clients et clientes de ce groupe est faible).
- **Importance d'une prise de contact active avec les travailleurs communautaires chargés du dépistage**. Booth et coll. (1992) ont aussi conclu que les clientes s'inscrivaient plus facilement que les autres à un traitement lorsqu'elles avaient pris contact avec des travailleurs communautaires chargés du dépistage.

- **Utilisation d'aiguillages de haute intensité**. Loneck et coll. (1997) ont découvert que les « aiguillages de haute intensité » étaient plus efficaces que les « aiguillages de faible intensité » quant à l'engagement et à la rétention des femmes dans un traitement. L'aiguillage de haute intensité est un technique thérapeutique où le personnel du réseau social d'une femme lui parle avec intensité des effets de l'alcoolisme. Les membres de ce réseau reçoivent une formation et savent parler de ces effets avec soin et attention. Cette méthode permet de renforcer ainsi la motivation de la cliente sans que celle-ci ne se sente jugée.

  Les auteurs font remarquer que certaines techniques d'aiguillage de haute intensité peuvent s'avérer coercitives. Il faut prendre soin que ces techniques n'engendrent pas des rapports oppressifs.

- **Éducation à l'égard des sources principales d'aiguillage et liaison avec elles**. Thom (1986), Smith (1992) et Allen (1997) signalent que les chemins qu'empruntent les femmes pour suivre un traitement diffèrent, de nombreuses façons, de ceux des hommes.

Les femmes ont tendance à demander de l'aide auprès de services non spécialisés pour des raisons à la fois générales et particulières. Elles ont une attitude plus positive face aux services sociaux et aux services de santé. En général, les femmes :

> ont recours, plus que les hommes, aux services des hôpitaux de soins en santé mentale, des centres communautaires de soins en santé mentale, des cliniques de psychiatrie internes et externes des centres hospitaliers (Russo et Sobel tels que cités dans Smith, 1992 : 4).

> Elles ont également moins tendance que les hommes à demander dès le départ l'aide d'organismes spécialisés. « Les femmes préfèrent plutôt consulter un médecin ou le personnel d'une clinique de santé mentale . . . où leur problème risque moins d'être diagnostiqué comme étant une consommation abusive d'alcool » (Beckman, 1994b : 208).

Il existe également des différences en ce qui a trait à l'engagement des femmes dans un traitement selon les différentes classes de femmes.

> Les femmes alcooliques utilisent les services de la même façon que les autres groupes du même statut socio-économique; autrement dit, les femmes alcooliques de classe moyenne et supérieure ont plutôt tendance à s'adresser à des services médicaux et psychiatriques pour leurs problèmes de consommation d'alcool. Les femmes de groupes socio-économiques moins élevés éprouvant des problèmes multiples s'adressent à des professionnels de la santé seulement lorsqu'elles ne reçoivent plus d'aide des réseaux non officiels (Marsh et Miller, tels que cités par Smith, 1992 : 4).

Smith (1992) indique que les omnipraticiens n'arrivent pas à détecter les problèmes d'alcool ou posent un mauvais diagnostic à l'égard d'une importante proportion de patients ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool. Dans le cadre d'une étude effectuée par Thom et Tellez (tels que cités par Smith, 1992), on a demandé aux médecins quelle était leur démarche à l'égard des patients ayant des problèmes de consommation d'alcool. Étant donné que ces médecins semblaient plutôt pessimistes quant à leur chance de pouvoir résoudre ces problèmes, ils avaient tendance à chercher des explications qui ne nécessiteraient pas de traitement.

- **Caractéristiques des organismes.** Les organismes comportent des caractéristiques qui semblent avoir une influence sur l'engagement des clientes à l'égard d'un traitement.

Dans une étude menée à l'échelle nationale sur les besoins et les expériences de 267 Australiennes ayant suivi un traitement, Swift et Copeland (1996) constatent que les caractéristiques suivantes sont importantes pour les femmes :

- la réputation des programmes de traitement ou la recommandation de quelqu'un d'autre (23 p. 100);
- le fait que l'organisme soit situé près de chez elles (16 p. 100);
- les coûts peu élevés et la méthode du programme (11 p. 100);
- le fait que le programme soit uniquement axé sur les femmes ou sur la sécurité (6 p. 100);
- un service de garderie (8 p. 100).

- **Services de conseils familiaux.** Les femmes se découragent souvent de suivre un traitement en raison de l'opposition des membres de leur famille, de leur incapacité de comprendre que la consommation de drogues crée des problèmes, ou à cause de l'alcoolisme et de la toxicomanie de leurs partenaires (Thom, 1987).

> L'opposition des membres de la famille au traitement et les troubles qu'elle engendre dans les rapports familiaux comptent parmi les « coûts sociaux » que bien des femmes pensent devoir payer en suivant un traitement (Beckman, 1994b : 208).

La thérapie familiale peut jouer un rôle important du fait qu'elle associe les membres récalcitrants d'une famille au processus de traitement (Smith, 1992). Sommers et Travis (tels que cités par Schliebner, 1994) signalent que la participation des membres de la famille et des amis peut apporter du soutien à la famille et aider les femmes à explorer de nouvelles idées d'elles-mêmes. Beckman (1994b) fait toutefois remarquer que l'appui des membres de la famille doit aider la femme à prendre sa propre vie en main.

- **Méthode élargie de dépistage.** Finkelstein et coll. (1997) ont constaté que les stratégies de dépistage élargies suivantes sont très efficaces. Ces stratégies visent à la fois à éliminer les obstacles et à bien affecter les membres du personnel. Ces stratégies de dépistage comprennent, notamment :

- la détermination d'une intervention de dépistage qui s'attaque aux obstacles particuliers auxquels les femmes se heurtent. Cette démarche requiert une analyse détaillée des obstacles ainsi que l'exploration d'interventions appropriées pour les contrer;
- la formation de fournisseurs de soins professionnels au dépistage précoce des problèmes et des besoins des clients;
- la présentation d'exposés à la collectivité sur l'alcoolisme et la toxicomanie et sur les ressources qu'offre le programme;
- l'embauche de travailleurs de dépistage dans la collectivité.

Elle insiste particulièrement sur l'importance d'aider les professionnels des soins de santé à dépister les femmes et à les aiguiller.

Reed (1987) insiste également sur l'importance d'une méthode élargie de dépistage.

> Le dépistage doit cibler les gens qui rencontrent ces femmes régulièrement (comme les coiffeuses), qui travaillent auprès de leurs enfants ou qui peuvent exercer une certaine influence sur elles (par exemple, le clergé, les principaux membres de la famille).

Beaucoup de femmes réagissent bien au dépistage direct (par exemple, par la télévision, les annonces publicitaires) (Reed, 1987 : 160).

- **Ressources directes pour les femmes nécessitant un traitement**. La prestation de ressources directes est également reliée à l'engagement des clientes. Hagan et coll.(1994) ont indiqué que les femmes vivent souvent dans la pauvreté et subissent une dévaluation de leur rôle. Les résultats d'une étude sur les admissions indiquent que la fourniture d'un logement à des femmes toxicomanes provenant de groupes à faible revenu peut être associée à leur engagement positif envers un traitement et les a aidées dès les premières étapes de leur réadaptation.
- **Accessibilité et disponibilité du traitement**. Waltman (1995) a décrit plusieurs conditions préalables à l'efficacité du traitement (autant chez les hommes que chez les femmes) liées à l'accessibilité du traitement. Ces éléments d'accessibilité comprennent, notamment :
  - la promptitude du traitement - le traitement peut commencer dès l'étape de l'aiguillage;
  - la disponibilité - admission ouverte;
  - les aspects pratiques - près de la population, près des moyens de transport public, disponibilité dans les bureaux satellites;
  - la réponse aux besoins - visites non officielles, services de 24 heures tous les jours de la semaine, services complémentaires;

- l'accueil - membres du personnel capables de répondre aux besoins culturels, liens solides avec les groupes de la collectivité, éléments du programme répondant aux besoins spéciaux.

- **Souplesse du traitement**. Certaines populations, comme celle des femmes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool et d'autres drogues, ont particulièrement besoin de services de traitement souples. Grella (1996) fait remarquer que :

> Les personnes ayant en même temps des troubles psychologiques et un problème d'alcoolisme et de toxicomanie ont souvent des habitudes d'utilisation de services que l'on appelle « traitement interrompu ». Il faut pouvoir entrer dans un traitement et en sortir ainsi que disposer d'un accès facile aux services pour s'occuper des femmes enceintes et des mères de famille ayant des troubles concomitants qui s'engagent ou se ré-engagent dans un traitement. (Grella, 1996 : 329)

- **Traitement adapté à la culture**. Ja et Aoki (1993) font remarquer qu'il ne suffit pas d'intégrer quelques adaptations culturelles à des programmes conventionnels pour inciter les groupes de minorités ethnoculturelles à suivre un traitement. Les programmes de traitement devraient comporter un caractère hautement ethnique (incluant du personnel de minorités ethnoculturelles et des pratiques culturelles).

8. Principes et valeurs du traitement

8.1 Les principes et valeurs du traitement : le point de vue des experts

Les experts ont décrit treize principes et valeurs de traitement qui sont à la base du traitement efficace des femmes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie. Ces principes s'appliquent aux éléments de la structure, de l'organisation et de la philosophie du traitement.

Tableau 8 : Principes généraux du traitement : le point de vue des experts

Valeurs et philosophie du traitement	Citations des experts
Le traitement des femmes devrait reposer sur un choix (un « menu » et une variété d'options).	- Offrez de la variété, un menu élaboré.
Le traitement devrait comporter une méthode de réduction des méfaits.	- Il faut s'attendre à des rechutes et les étudier. - Suivez une méthode de gestion de l'alcoolisme et de la toxicomanie – vous n'avez pas à adopter le modèle de l'abstinence.
Le traitement devrait toucher tous les aspects de la vie de la femme.	- Considérez la personne dans son ensemble, pas seulement son problème d'alcoolisme et de toxicomanie. - Suivez une méthode holistique.
Le traitement devrait toucher les besoins pratiques (logement, transport, garderie et formation en cours d'emploi).	- Abordez les questions du rôle parental ..., de la formation en cours d'emploi ..., offrez des services de garderie.
Le traitement devrait encourager les femmes à établir des liens les unes avec les autres.	- Aidez-les à se lier à d'autres femmes, à d'autres mères. - Aider les femmes à se prendre en main pour qu'elles puissent s'entraider.
Le traitement devrait être au sexe de chacun (s'adresser entièrement à la clientèle d'un seul sexe ou comprendre des éléments propres à un seul sexe dans le cadre d'un programme mixte). Concevez des programmes particuliers aux femmes.	- Concevez des programmes particuliers aux femmes. - Concevez des programmes axés sur les femmes, propres au sexe féminin en particulier.
Le traitement devrait favoriser le soutien, être égalitaire et non hiérarchique.	- Des groupes de femmes recevant de l'aide de dispensatrices de traitement, travaillant ensemble et grandissant ensemble dans une ambiance d'égalité.
Le traitement devrait encourager les femmes à prendre leur vie en main.	- Respectez la façon d'être des femmes et leur perception du monde - faites honneur au caractère des clientes plutôt que de les réprimer - les femmes sont les spécialistes.
Le traitement devrait se donner dans le respect; le personnel devrait démontrer de la sympathie à l'égard des clientes et faire valoir leur dignité.	- Faites preuve de sympathie envers les clientes - ne démontrez pas de honte ou de pitié à leur égard.
Le traitement devrait être dirigé par les clientes et reposer sur leurs besoins particuliers de celles-ci.	- Les bons dispensateurs de traitement aident les clientes à atteindre leurs objectifs et, ensuite, les appuient. - Dirigé par les femmes. Le fait de les inciter à participer à la planification et à l'élaboration des objectifs permet de développer l'estime de soi et de contrer la dépression.
Le traitement devrait permettre l'éducation et la sensibilisation des clientes.	- Distribuez de la documentation; les femmes ont besoin de lire. - L'espoir et l'information sont des éléments importants au cours des premières phases du traitement.
Le traitement devrait reposer sur les points forts des clientes, non sur leurs faiblesses.	- Mise en valeur réelle des forces des clientes / méthode axée sur les points forts des clientes.
Le traitement devrait comporter une méthode axée sur les femmes.	- Méthode féministe (par exemple, sensibilisation aux conditions sociales des femmes, à l'inégalité qu'elles ont vécue, à la victimisation, dans un contexte d'expériences vécues par les femmes).

8.2 Les valeurs et la philosophie du traitement : examen de la documentation

Il a été difficile de distinguer les principes du traitement à partir d'une discussion de questions que l'on retrouve dans la documentation, notamment la structure du traitement, les approches ou les méthodes. Cependant, de nombreux principes établis par les experts (par exemple, les méthodes de prise en charge de soi et de réduction des méfaits) sont soutenues par la documentation.

Finkelstein (1993) signale que la plupart des « modèles de soins (des femmes enceintes et des mères de famille) ont été élaborés sans que l'on pense au cadre conceptuel ou philosophique fondamental ni à l'intention de rendre service » (Finkelstein, 1993 : 1286). Concernant l'élaboration de nouveaux modèles de services pour les femmes enceintes et les mères de familles ayant des problèmes liés à la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues (et pour leurs enfants), elle suggère « qu'une première étape de l'élaboration de ces modèles serait de convenir certains principes directeurs fondamentaux » (Finkelstein, 1993 : 1286). Elle décrit sept principes (voir ci-après) liés à l'objectif et à l'organisation du traitement. Bien que ces principes soient discutés dans le cadre du traitement de femmes enceintes et de mères de famille, la plupart d'entre eux s'appliquent à toutes les femmes qui ont besoin de traitement.

Les principes du traitement (organisation et objectif du traitement)

- **Le traitement devrait être axé sur la famille.** Ce principe sous-entend que la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues touche tout le fonctionnement de la famille. Il permet aussi de reconnaître et de respecter la diversité culturelle et l'importance que bien des cultures placent sur la stabilité de l'unité familiale. Le modèle familial vise à répondre aux besoins de tous les membres qui la composent.
- **Le traitement devrait favoriser le développement des compétences et la prise en charge de soi.** Finkelstein décrit cette méthode comme visant à cerner et à exploiter les points forts des femmes plutôt que leurs faiblesses de façon qu'elles soient encouragées à définir leurs propres besoins et priorités.
- **Le traitement devrait se donner au sein de la collectivité.** Finkelstein fait remarquer que les programmes devraient se donner dans les collectivités locales et correspondre à la culture de la collectivité qu'ils desservent.
- **Le traitement devrait être multidisciplinaire, global, coordonné et viser la réalisation d'un modèle de collaboration.** Finkelstein présente l'importance d'offrir toute une gamme de services (comme des soins en santé mentale, des soins prénatals, de l'éducation et du soutien, des services nutritionnels et professionnels). Ceci exige la coordination des services de divers professionnels.
- **Le traitement devrait répondre à des besoins pratiques, non liés au traitement.** Le programme devrait viser des questions comme la santé, les service de garderie, le logement et l'emploi, ainsi que les problèmes de santé mentale.

- **Le traitement devrait être taillé sur mesure pour une femme et viser des résultats à long terme (en fonction des besoins de la femme).**
- **Le traitement devrait comprendre différents niveaux d'intensité de services et une séquence de soins.**

Selon Schliebner (1994), *la sensibilisation à l'égard de la différence entre les sexes* est le principe sous-jacent le plus important d'un traitement. Un traitement soucieux des différences entre les sexes doit englober les éléments suivants :

- la compréhension des obstacles sociaux, économiques et propres au fait qu'elles sont des femmes, auxquels ces dernières font face;
- la compréhension de la différence entre le développement physiologique de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les femmes et chez les hommes;
- un traitement qui réponde aux besoins particuliers des femmes;
- un personnel capable de donner des services de conseils spécialisés (pour traiter de questions comme le stéréotype des rôles attribués aux sexes);
- un traitement visant à réconforter, à développer la prise en charge de soi, à mettre en valeur les relations et à créer un milieu favorable à la guérison des femmes;
- des services d'appui aux femmes (par exemple, garderie, épanouissement de soi);
- un traitement visant l'établissement de relations de soutien entre les femmes.

Covington (1998a) considère aussi que la mise en valeur des relations est un principe fondamental du traitement. Cette théorie relationnelle met l'accent sur l'importance que constituent les relations entre les femmes. Les vrais rapports sont mutuels, empathiques, créatifs, dégagent de l'énergie, favorisent la prise en charge de soi et sont essentiels à l'épanouissement personnel des femmes. Pour être efficaces, les services offerts aux femmes doivent reposer sur une théorie relationnelle, être conçus en fonction du sexe, tenir compte des expériences de vie des femmes et intégrer une théorie holistique de l'alcoolisme et de la toxicomanie de même qu'une théorie du traumatisme.

Dans leur étude sur les besoins spéciaux des femmes enceintes et des mères de famille en réadaptation, Creamer et McMurtrie (1998) décrivent plusieurs valeurs ou principes fondamentaux :

- une méthode fondée sur la prise en charge de soi et la force;
- une méthode axée sur la cliente;
- un modèle de réduction des méfaits;
- la compréhension des soins.

Tant les experts que les auteurs de la documentation citent le principe de la prise en charge de soi comme étant fondamental à la meilleure pratique. La méthode de prise en charge de soi se compose des éléments suivants (Kasl, 1995) :

- la prise en charge de soi repose sur l'amour, non sur la crainte;
- une démarche holistique à l'égard des problèmes;
- elle vise une transformation;
- elle sous-entend un choix;
- elle accepte la complexité;
- elle est souple;
- elle est créative;
- elle n'applique pas d'étiquettes et ne porte pas de jugement;
- elle respecte la sagesse des femmes;
- elle fait participer toute la collectivité.

Bien qu'un grand nombre d'éléments propres au modèle de la prise en charge de soi soient liés à la meilleure pratique, il manque de recherche empirique permettant d'évaluer les résultats d'un traitement fondé sur cette méthode.

9. Méthodes et approches de traitement

9.1 Méthodes et approches de traitement : le point de vue des experts

Nous avons demandé aux experts de décrire les approches et les méthodes particulières de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues qui donnent les meilleurs résultats. Ces méthodes ont été discutées en fonction de quatre domaines généraux :

- les méthodes de traitement à l'égard des questions de santé physique;
- les méthodes de traitement à l'égard des questions de santé émotionnelle (incluant la santé mentale);
- les méthodes de traitement à l'égard des problèmes interpersonnels (rapports avec les membres de la famille et avec les amis);
- les méthodes de traitement à l'égard de la gestion et de la prévention des rechutes.

9.1.1 Les méthodes de traitement pour adresser les questions de santé physique

Les experts ont présenté sept éléments de meilleures pratiques visant à répondre aux besoins relatifs à la santé physique.

- **Offrir un choix de méthodes et de ressources fondées sur l'étude et le traitement des rapports mutuels entre les questions de santé et les pratiques saines (par exemple, faire de l'exercice pour réduire le stress).**

  Aucune méthode n'est idéale en elle-même. Il faut offrir toute une variété de services.

  ***

  Utiliser une démarche pédagogique (démontrer, par exemple, comment la consommation d'alcool et d'autres drogues et l'alimentation sont inter-reliés – faire des liens).

- **Inclure un élément pédagogique solide qui illustre l'effet qu'ont les drogues et l'alcool sur le corps des femmes.**

  Service d'éducation de haut niveau, individuellement et en groupe - dispensé par des professionnels et par des membres du personnel non professionnels .

- **Se concentrer fortement sur l'éducation, l'information et le soutien concernant l'alimentation et donner aux clientes l'occasion de mettre en pratique ce qu'elles apprennent.**

  Engager un conseiller en alimentation sur les lieux, manger d'une certaine façon pour aider à vaincre les symptômes de sevrage - il faut un bon plan d'alimentation. Les clientes participent elles-mêmes à la préparation des aliments : elles établissent un budget, décident de la température des aliments et s'habituent à bien s'alimenter.

- **Offrir l'accès (par les services d'aiguillage du programme) à divers spécialistes et professionnels de domaines apparentés qui peuvent traiter des problèmes de santé particuliers (conseillers en alimentation, travailleurs oeuvrant à la promotion de la santé, médecins, spécialistes des troubles de l'alimentation, infirmières). Dans le cas des femmes atteintes du VIH/sida ou de l'hépatite, il faut également considérer la question de l'interaction entre la médication à la méthadone et les médicaments antiviraux.**

  Si un programme de traitement ne dispose pas, sur les lieux, de membres du personnel formés à traiter les problèmes de santé, il vous faut un bon réseau d'aiguillage. . . c'est crucial.

- **Disponibilité d'un personnel médical sur place (particulièrement dans les centres de traitement). Les experts ont souligné l'importance d'engager des médecins, des infirmières et des conseillers en alimentation dans le cadre du programme. (Cette présence sur place peut ne pas être à la portée de tous les programmes. Il faut alors mettre l'accent sur des liens efficaces avec des spécialistes médicaux/en santé).**

  Engager un médecin affecté au centre de traitement. Engager des infirmières pour faire des tests, pour éduquer et pour aider à définir les problèmes.

- **Approche particulière pour traiter des troubles d'alimentation par diverses méthodes.**

  Traiter les troubles d'alimentation en donnant des conférences, des services de conseils individuels et en aiguillant les clientes.

- **Présenter aux clientes d'autres thérapies de soins de santé.** Les experts ont souligné l'importance de présenter aux clientes d'autres types de thérapie, comme le yoga, la méditation, les massages et l'acuponcture pour répondre à leurs besoins en matière de santé et pour les aider à trouver des solutions à leurs problèmes.

9.1.2 Les méthodes de traitement pour adresser les problèmes personnels (y compris les problèmes de santé mentale)

Bien que les experts aient mentionné un bon nombre de meilleures pratiques de traitement des problèmes émotionnels (y compris les problèmes de santé mentale), ils ne se sont entendus que sur quatre méthodes. La plupart de ces méthodes se rapportent à des problèmes de santé mentale allant de légers à modérés, comme la dépression bénigne, l'anxiété et la dévalorisation de soi plutôt qu'à des troubles de santé mentales plus graves comme la schizophrénie et la dépression grave.

De façon générale, le *travail de groupe* est considéré comme étant la méthode optimale d'examen des problèmes personnels. Les groupes offrent aux femmes l'occasion de se prendre en charge, le soutien d'autres femmes et de l'éducation. Quelques-uns des experts considèrent que la thérapie individuelle constitue un élément important de la pratique, surtout pour aider les femmes à se préparer à travailler en groupe ou dans le cas des femmes qui préfèrent obtenir les services individuels d'un conseiller en plus du travail de groupe.

Les experts ont indiqué que *l'éducation* des clientes constitue une approche efficace au traitement des problèmes émotionnels. L'éducation est un outil très efficace lorsqu'il s'agit d'examiner les questions suivantes :

- les éléments d'une vie équilibrée;
- les habitudes de violence (y compris la violence transmise de génération en génération);

- les façons de prendre soin de soi;
- les stratégies visant à comprendre les rechutes.

Les experts ont également mentionné la valeur de l'enseignement, à ce groupe, des *aptitudes à la vie quotidienne*. Cet élément peut englober l'habileté à l'emploi, la gestion du stress, les stratégies de réduction de l'anxiété, la maîtrise de la colère et l'établissement d'objectifs.

Dans le cadre de méthodes dites plus générales, les experts ont indiqué que la méthode générale multidimensionnelle de traitement (bio-psycho-sociale) s'avère être la plus efficace de toutes.

9.1.3 Les méthodes et les approches de traitement pour adresser les problèmes interpersonnels (les rapports avec les amis et les membres de la famille)

Les experts se sont entendus sur un certain nombre de façons d'aborder les besoins interpersonnels des clientes. Les meilleures pratiques sont, à cet égard :

- **Suivre le « modèle relationnel » comme méthode d'orientation.** Le traitement devrait permettre de comprendre les femmes et les aider à établir des rapports sains avec leurs amis et avec les membres de leur famille. Un aspect de cette méthode comprend l'enseignement de ce qui caractérise une relation saine (y compris les relations sexuelles).
- **Offrir une thérapie de couple ou familiale.** Les experts ont souligné l'importance d'offrir, si possible, une thérapie de couple ou familiale qui soit adéquate et qui apporte du soutien aux clientes.

> *Les femmes et les hommes ont besoin d'un endroit où aller – dans leur groupe respectif constitué de personnes du même sexe puis à des services de conseils pour les couples.*
>
> ***
>
> *Essayer de faire participer les gens qui font partie de sa vie – elle peut venir avec son partenaire et avec sa famille.*

- **Se concentrer sur le développement des compétences pratiques (aptitudes à la vie quotidienne, assertivité, emploi et développement professionnel).**

> *Si un groupe se met à discuter des moyens de retourner sur le marché du travail, ils organisent un atelier auquel ils invitent des personnes-ressources qui leur montreront comment rédiger un CV, etc.*

- **Se concentrer sur l'apprentissage par l'expérience.** Les experts ont souligné l'importance de donner aux clientes l'occasion d'exercer leurs nouvelles compétences et leurs interactions avec les autres.

Cette personne sera différente lorsqu'elle rentrera chez elle, sans sentiment d'auto-destruction; ses relations avec les membres de sa famille seront différentes. Il est donc important qu'elle s'exerce à vivre de cette façon.

- **Enseignement du rôle parental.** Compréhension des besoins à l'égard du développement des enfants et du ré-apprentissage du rôle de parent.
- **Examen des problèmes liés à la famille d'origine.** Les femmes ont besoin de comprendre les liens entre leur famille d'origine et les répercussions qu'ont ces liens sur leur rôle parental. Cet aspect est particulièrement important dans le cas des femmes autochtones où les problèmes transmis d'une génération à l'autre peuvent devoir être abordés.
- **Examen des questions d'identité, de codépendance et d'autres questions liées à l'identité, comme la spiritualité.**
- **Services et ressources en matière de santé mentale pour les enfants.** Les enfants sont touchés par l'alcoolisme et la toxicomanie. Les programmes devraient offrir des services ou des aiguillages vers des services pour traiter ce problème chez les enfants.

9.1.4 Les méthodes de traitement pour adresser la gestion et la prévention des rechutes

Les experts ont défini les meilleures pratiques de la gestion et de la prévention des rechutes. Ils se sont entendus sur des méthodes générales plutôt que sur des techniques particulières. Voici quelles sont les meilleures pratiques :

- **Le personnel doit reconnaître (et le programme doit être conçu de façon de cet aspect) que les rechutes sont généralement inévitables et qu'elles peuvent permettre d'explorer la croissance et la transformation de la cliente.**

  . . . l'important (pour notre programme), c'est de la normaliser (la rechute). Nous savons que les femmes rechutent (le taux est très élevé), alors dès le départ, disons-leur que ça va arriver – qu'elles en soient conscientes et qu'elles élaborent, par la suite, de nouvelles façons plus saines de faire face à la vie.

- **Une méthode axée sur la gestion et la prévention des rechutes.** Comprendre comment prévenir les rechutes et intégrer des techniques pertinentes au traitement dès l'admission au programme.

  Pour prévenir les rechutes, il faut aider les clientes à comprendre les points suivants :

  - la cause de la rechute;
  - les situations qui la provoquent;
  - des solutions à la rechute.

Nécessité de mettre l'accent sur les compétences à gérer les éléments déclencheurs, élaborer une auto-sensibilisation (à savoir, ce qu'elles sont et ensuite quoi faire pour se sortir du pétrin); le simple fait d'être abstinent ne rend pas quelqu'un apte à régler le problème de la rechute.

- **Suivre une méthode cognitivo-comportementale pour examiner les causes de la rechute et les solutions.**

  Aider les clientes à surveiller les causes des rechutes, à planifier ce qu'elles doivent faire, à s'exercer et à y faire face – c'est une façon de modifier les comportements.

- **Soutien post-traitement**. Les experts ont également mis l'accent sur l'importance de soutenir les femmes après le traitement, pour éviter les rechutes. Le soutien post-traitement se compose de trois éléments :
  - assurer un service de conseils ou de soutien continu après le traitement (services conseils en clinique externe).
  - demander au personnel du programme d'établir, pour les clientes, des liens avec la collectivité pour les aider à continuer à se rétablir.

    Il faut beaucoup les soutenir au début de leur réadaptation - les encourager à se joindre aux AA et à se lier d'amitié avec des femmes sobres.

  - aider les femmes à entrer en contact avec des organismes de soutien qui ont trait, par exemple, au logement, au finance, à la formation professionnelle, pour les aider à se rétablir.

    Il faut examiner le milieu dans lequel elles vivent (maison, argent) pour prévenir les rechutes. S'il n'y a pas de soutien, les plans ne réussiront pas.

- **Utiliser d'autres stratégies de prévention et de gestion des rechutes**. Bien que tous les experts ne se soient pas entendus sur les méthodes de traitement suivantes à l'égard de la prévention des rechutes, plusieurs d'entre eux en ont mentionné la valeur :
  - les méthodes éducatives, les colloques visant à fournir de l'information sur les questions de santé;
  - le travail en groupe pour démontrer ce qui réussit et ce qui ne réussit pas;
  - les entrevues motivationnelles;
  - les services conseils individuels;
  - la méthode « narrative » pour étudier les questions personnelles;
  - le modèle des étapes du changement.

Tableau 9 : Méthodes de traitement optimales : le point de vue des experts

Questions traitées	Meilleure pratique : points de vue des experts
Problèmes de santé physique	➡ Offrir un menu de méthodes et de ressources. ➡ Souligner le rapport mutuel qui existe entre l'esprit et le corps. ➡ Inclure un élément éducatif solide (effets des drogues et de l'alcool sur la santé). ➡ Offrir des conseils en matière d'alimentation. ➡ Ouvrir l'accès à des professionnels dans des domaines apparentés pour traiter des problèmes de santé particuliers. ➡ Soutenir les réseaux d'aiguillage qui s'occupent de questions de santé. ➡ Mettre l'accent sur l'apprentissage par l'expérience et sur l'exercice des aptitudes apprises. ➡ Faire en sorte qu'il y ait du personnel spécialisé sur les lieux (médecins, personnel et infirmières en établissement). ➡ Offrir une méthode spécialisée et intégrée de traitement des troubles de l'alimentation. ➡ Éveiller les clientes à d'autres types de thérapie.
Problèmes personnels (santé mentale)	➡ Adopter une méthode bio-psycho-sociale. ➡ Soutenir les réseaux d'aiguillage qui s'occupent des problèmes de santé. ➡ Mettre l'accent sur l'apprentissage par l'expérience et sur l'exercice des aptitudes apprises. ➡ Examiner les problèmes en groupe (exploiter les liens et le soutien entre les femmes). ➡ Utiliser une thérapie individuelle à des fins particulières (utile pour préparer les clientes au travail en groupe). ➡ Méthodes éducatives (soins de soi, violence transmise d'une génération à l'autre, besoin d'équilibre, gestion des rechutes). ➡ Enseigner certains aspects de la vie quotidienne (communication, réduction du stress, assertivité) et les compétences à l'emploi.
Problèmes interpersonnels	➡ Examiner les problèmes en suivant un modèle relationnel. ➡ Soutenir les réseaux d'aiguillage qui s'occupent de problèmes interpersonnels. ➡ Enseigner ce que sont les relations saines. ➡ Offrir des services de conseils pour les couples (lorsque c'est possible, approprié et non destructif). ➡ Centrer le programme sur le développement des compétences pratiques (comme la formation à l'emploi). ➡ Mettre l'accent sur l'apprentissage par l'expérience et sur l'exercice des aptitudes apprises. ➡ Assurer des services de traitement pour les enfants lorsque c'est nécessaire. ➡ Faciliter l'étude des différents styles de rôle parental et des questions liées à la famille d'origine. ➡ Faciliter l'examen de l'identité et des problèmes de codépendance. ➡ Faciliter l'examen de la spiritualité.
Gestion/prévention des rechutes	➡ Favoriser l'acceptation philosophique des rechutes. ➡ Mettre l'accent sur l'apprentissage par l'expérience et sur l'exercice des aptitudes apprises. ➡ Commencer l'éducation sur la gestion des rechutes dès l'admission. ➡ Insister sur le fait que les rechutes ont toujours une cause. ➡ Cerner les situations causant les rechutes et définir des solutions saines. ➡ Suivre une méthode cognitive-comportementale pour définir les rechutes et pour y réagir. ➡ Utiliser différentes méthodes (narration, entrevues motivationnelles, travail en groupe, enseignement) pour examiner les rechutes. ➡ Structure des soins post-traitement : • conseils post-traitement en clinique externe; • liens avec les services de soutien et d'entraide de la collectivité; • attention aux questions fondamentales d'aide à la vie quotidienne.

9.2 Méthodes et approches de traitement : examen de la documentation

9.2.1 Les thèmes généraux

La documentation traite des méthodes et des approches de traitement de façon générale. On y parle des approches structurelles, des méthodes de traitement, de l'organisation du traitement ou encore des caractéristiques des membres du personnel.

Eliany et Rush font remarquer que de 50 à 60 p. 100 de tous les patients (hommes et femmes) qui suivent un traitement connaissent une amélioration, bien « qu'aucun mode de traitement ne soit apparu supérieur aux autres méthodes » (Eliany et Rush, 1992 : 79).

L'analyse de plusieurs études à grande échelle effectuées aux États-Unis sur l'efficacité des traitements, démontre que le traitement est efficace (bien que l'abandon soit une règle générale). Les traitements (de la toxicomanie) qui réussissent comportent toute une gamme d'éléments, notamment :

- une vaste gamme de services incluant le traitement pharmacologique, les services de conseils individuels et en groupe ainsi que l'enseignement sur la réduction des risques aux infections par le VIH;
- la gestion des cas;
- une gamme de services harmonisés;
- l'offre et l'intégration du soutien social continu.

L'étude suggère que ce sont tous ces éléments réunis, « plutôt que des modèles de traitement particuliers, qui déterminent si un programme permettra de traiter avec succès chacun des clients individuellement et aura une incidence sur les problèmes communautaires sociaux plus généraux causés par la consommation abusive d'alcool et de drogues. » (*Office of the U.S. National Drug Control Policy*, 1996 : 18).

Lightfoot et coll. font remarquer qu'il est difficile de déterminer quelles sont les méthodes de traitement les plus efficaces à l'égard des femmes :

> La détermination de l'efficacité d'un traitement en particulier est une tâche extrêmement complexe. Au début d'un traitement, les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie varient énormément de l'un à l'autre... les interventions de traitement sont souvent décrites de façon vague, et l'évaluation de la mise en oeuvre du traitement est rarement prise en compte. On s'entend peu sur les objectifs d'un traitement et on discute avec passion des éléments qui devraient faire en sorte qu'un traitement soit une réussite. (Lightfoot et coll., 1996b : 189)

La documentation sur le traitement des femmes contient plusieurs méthodes générales associées à l'efficacité du traitement (par exemple; les modèles de traitement à éléments multiples). L'efficacité d'un grand nombre de ces modèles n'a pas encore été démontrée de façon empirique dans la documentation.

> Il existe, dans tout le pays, un certain nombre de programmes qui visent à établir des modèles de traitement global. On a très peu évalué l'efficacité de ces programmes jusqu'à présent, en raison d'un manque de financement et de l'aspect de nouveauté de certains d'entre eux. . . (Finkelstein, 1993 : 1289-1290)

Dans leur analyse de sept études comparatives de traitement et de sept études prises au hasard, Lightfoot et coll. arrivent à la conclusion suivante :

> Bien que ces études soient peu nombreuses, un dénominateur commun semble ressortir à l'effet que les femmes se rétablissent mieux que les hommes lorsqu'elles suivent des traitements où l'on offre de la formation sur la prise en charge de soi, qui leur permettent de développer des habiletés d'adaptation à la vie quotidienne et de prévention des rechutes, et qui répondent à leurs besoins personnels. (Lightfoot et coll., 1996b : 195-196)

9.2.2 Les méthodes et les approches particulières de traitement présentées dans la documentation

La présente section décrit diverses méthodes de traitement fréquemment associées à des résultats efficaces et que l'on retrouve dans la documentation :

a) le modèle de traitement à éléments multiples;
b) le traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle;
c) la méthode cognitivo-comportementale;
d) l'utilisation, au besoin, d'agents pharmacologiques (et dans le cas des femmes enceintes qui s'injectent des drogues);
e) la méthode de collaboration et de gestion des cas;
f) choix adéquat du traitement en fonction des clientes;
g) les services complémentaires (services pratiques);
h) le personnel sympathique, confiant et positif;
i) la formation spécialisée du personnel;
j) le modèle de prise en charge de soi;
k) le traitement des problèmes de violence sexuelle et d'autres expériences de victimisation;
l) le traitement des problèmes liés à la famille;
m) autres éléments de meilleure pratique.

a) Le modèle de traitement à éléments multiples

Il existe un fort consensus chez les auteurs à l'effet que, pour être efficace, un traitement doit comporter une gamme de services de traitement directs et indirects pour répondre à toute la gamme de besoins de la clientèle (besoins biologiques, soins en santé mentale, besoins relatifs aux amis et aux membres de la famille et besoins personnels). Reed (1987), Zankowski (1987), Finkelstein (1993), Drabble (1996), Nelson-Zlupko et coll. (1996) et Swift et Copeland (1996) ont tous décrit les domaines de services cruciaux qui, selon eux, devraient être intégrés à tout traitement qui se veut efficace. Nous les avons résumés et commentés ci-après (Tableau 10). Il n'est pas nécessaire que tous ces services soient offerts *dans le cadre* d'un seul programme; toutefois, ces services doivent être rendus disponibles dans le cadre d'un système global et intégré. Finkelstein (1993) décrit plus de 50 éléments de ce système global de soins pour les femmes, dont plusieurs sont détaillés ci-dessous. Elle fait toutefois remarquer ce qui suit :

> On retrouve peu de discussion ou de consensus, dans la documentation, sur la façon d'intégrer au modèle tous ces services disparates. (Hagen et coll., tels que cités dans Finkelstein, 1993 : 1289)

Tableau 10 : Résumé des principaux éléments d'un traitement efficace pour les femmes

- **Services médicaux/soins de santé**
  - Alimentation
  - Services de promotion de la santé
  - Éducation sur la sexualité
  - Éducation sur le VIH/sida
  - Éducation sur l'hygiène de la reproduction
  - Soins prénatals
- **Services liés aux enfants**
  - Garderie
  - Services de traitement
  - Éducation des parents
- **Questions liées à la famille**
  - Questions liées à la famille
  - Thérapie familiale
  - Examen des habitudes de consommation d'alcool et de drogues des membres de la famille
- **Éducation et développement des compétences**
  - Assertivité
  - Établissement d'objectifs
  - Réduction du stress
  - Aptitudes à la communication
  - Aptitudes à la vie quotidienne
  - Prévention des rechutes
- **Questions psychosociales**
  - Développement de l'estime de soi
  - Examen de la honte et de la culpabilité
  - Examen des questions de victimisation
  - Examen du règlement des problèmes concomitants (comme la dépression et l'anxiété)
  - Règlement des problèmes de victimisation
- **Liens aves les services de soutien communautaire**
  - Liens aves les services de soutien communautaire
  - Établissement de liens à des organismes de services sociaux, de loisirs et de sports
- **Formation professionnelle et d'aide à l'emploi**
  - Compétences pour la recherche d'emploi
  - Formation à l'emploi
    - Instruction
    - Aiguillage
- **Besoins de la vie quotidienne**
  - Appui et aiguillage pour obtenir un logement, de l'appui financier ou de l'aide juridique
  - Aide pour trouver des services de garde d'enfants
  - Besoins de transport
- **Services spéciaux requis par diverses populations**
  - Examen des valeurs culturelles et des rapports entre la consommation et le traitement

b) Le traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle

Les résultats de la recherche sur la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues ont révélé que l'effet de celle-ci sur les femmes de même que les besoins des femmes en matière de traitement sont différents de ce que l'on retrouve chez les hommes.

Les problèmes de santé associés à cette consommation abusive d'alcool et d'autres drogues apparaissent et s'aggravent plus rapidement chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes ayant des problèmes d'alcool et de drogues ont, en général, été victimes de violence. On constate, dans la recherche, que les femmes réagissent différemment des hommes, selon le type d'établissement de traitement. Dans une méta-analyse des résultats de 20 études portant sur les distinctions entre les hommes des femmes, Jarvis conclut que le femmes en traitement ont tendance à réagir différemment dans des établissements de traitement mixtes et à moins se concentrer sur les questions relatives à leur traitement.

> Les femmes des groupes mixtes ont moins de relations interpersonnelles à l'égard des autres femmes, ne parlent pas autant de leur foyer et de leur famille et démontrent moins d'interaction. (Jarvis, 1992 : 1255)

Dans son étude d'un programme de traitement mixte donné dans un hôpital, Zankowski (1987) conclut que le nombre peu élevé de femmes complétant le programme était attribuable au fait que celui-ci ne comportait pas suffisamment d'éléments conçus en fonction du sexe de la clientèle. Le programme a été rebâti de manière à y incorporer les éléments suivants, propres au sexe de la clientèle :

- **Des colloques spécialisés,** conçus pour les femmes (pour parler des effets de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de l'estime de soi, des relations familiales, des façons de réussir « par soi-même », des conflits liés au rôle parental, de leurs sentiments, de la sexualité, du contrôle des naissances, de la communication entre les membres de la famille et de leur cheminement professionnel).
- **Des cours d'assertivité (affirmation de soi)** donnés dans tous les groupes de femmes.
- **Des activités de loisir** (pour inciter les femmes à participer davantage, éliminer la crainte du harcèlement des hommes, examiner les préférences).
- **Des services de conseils familiaux.**
- **De l'attention individuelle aux troubles affectifs** particulièrement propres aux femmes.

L'intégration de ces éléments a fait en sorte que le nombre de femmes ayant complété le programme a augmenté.

Nelson-Zlupko et coll. (1996), dans une étude des expériences de traitement de 24 femmes en réadaptation, soulignent à quel point il est important que les femmes aient l'occasion d'exprimer leurs besoins et leurs expériences. Quatre-vingt pour cent de ces clientes ont trouvé, très utiles ou utiles, les discussions de problèmes propres aux femmes; 75 p. 100 d'entre elles ont trouvé, très utiles ou utiles, les groupes pour femmes. Les femmes qui avaient déjà suivi des traitements dans des programmes conçus spécialement pour les femmes de même que dans des programmes traditionnels ont toutes déclaré qu'elles préféraient les premiers. Dans une étude rétrospective des prédicteurs d'abandon du traitement, effectuée auprès de 360 femmes à la recherche d'un traitement pour leur alcoolisme et leur toxicomanie, Copeland et Hall (1992) ont découvert que certains groupes de femmes avaient plus de chance de terminer leur traitement si on leur offrait des services spécialisés, des services propres aux femmes.

> Il semble que les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle au cours de leur enfance ont davantage besoin d'un milieu physiquement et émotionnellement sécuritaire, du fait que leur confiance a été gravement trahie dans le passé. (Copeland et Hall, 1992 : 809)

Dans le cas des lesbiennes et des femmes ayant des enfants à charge, « la fréquentation d'un service spécialisé pour femmes a permis de réduire l'incidence des abandons » (Copeland et Hall, 1992 : 833).

Dans une étude effectuée auprès de 267 femmes ayant déjà suivi un traitement, Swift et Copeland (1996) ont remarqué que les femmes qui avaient suivi un traitement pour femmes seulement étaient favorables aux programmes conçus spécialement pour les femmes. De toutes les femmes ayant déjà reçu un traitement (N=217), 42 p. 100 d'entre elles ne se sentaient pas très favorables ni à un programme mixte, ni à un traitement pour femmes seulement. Dix-huit pour cent d'entre elles aimaient avoir des rapports d'amitié avec les hommes; 11 p. 100 considéraient que les programmes mixtes étaient mieux équilibrés. Cependant, 11 p. 100 d'entre elles ne se sentaient pas en sécurité dans un programme mixte. Dix pour cent de celles qui avaient déjà abandonné un traitement ont déclaré qu'elles seraient restées plus longtemps s'il y avait eu moins de clients mâles.

Dahlgren et Willander (1989) rapportent que les participantes à un programme pour femmes seulement ont été abstinentes dans une plus grande proportion, lors de suivis effectués après 12 mois et après 2 ans, que les femme d'un groupe témoin ayant suivi un traitement dans un centre mixte « traditionnel ».

c) La méthode cognitivo-comportementale

Bien que les experts aient presque tous été favorables à la méthode de traitement cognitivo-comportementale, aucune donnée empirique prouvant l'efficacité de cette méthode, *particulièrement* dans le cas des femmes, n'a été trouvée. Dans un examen de la documentation sur l'évaluation de l'efficacité du traitement (tant auprès des hommes que des femmes), Eliany et Rush soulignent que les méthodes de traitement de l'alcoolisme axées sur le comportement semblent recevoir les meilleures évaluations.

> De façon générale, les preuves confirment une des attentes de la théorie de l'apprentissage social à l'effet que les méthodes de traitement « fondées sur le rendement » sont supérieures aux méthodes traditionnelles dites « verbales », comme la psychothérapie et l'éducation. Les méthodes comportementales, qu'appuie de façon générale la documentation, englobent la thérapie familiale et maritale, la thérapie par aversion, l'organisation des contingences et le traitement à large spectre centré sur la formation à la relaxation, la gestion du stress ainsi que sur l'enseignement de toute une gamme d'habiletés (comme les aptitudes sociales, les aptitudes à la résolution des problèmes). (Eliany et Rush, 1992 : 79)

De la même façon, dans un récent examen de la documentation (Santé Canada, 1999) portant sur l'efficacité des méthodes de traitement, de bonnes preuves d'incidence ont été associées aux méthodes comportementales suivantes. Un grand nombre d'entre elles sont reconnues comme étant des éléments d'une méthode dite de « prise en charge de soi » :

- le développement des aptitudes sociales*;
- le développement de la maîtrise de soi*;
- les brefs conseils de motivation;
- la thérapie du comportement marital;
- la méthode de renforcement communautaire;
- la méthode de gestion du stress*;

---

* Élements de la méthode de prise en charge de soi.

d) L'utilisation, au besoin, d'agents pharmacologiques (et dans les cas de femmes enceintes qui s'injectent des drogues)

Selon Hagen et coll., les dispensateurs de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont souvent des préjugés négatifs à l'égard des médicaments psychotropes, même si leur utilisation s'avère nécessaire dans certains cas. Dans son étude sur les obstacles au modèle de traitement global, elle constate qu'il y a des avantages évidents à l'utilisation de médicaments psychotropes :

> Les médicaments psychotropes aident à réduire la dépression pendant que la femme apprend à maîtriser des émotions qu'elle a déjà essayé de soigner avec des médicaments. . . légaux (comme l'alcool). (Hagan et coll. 1994 : 168)

La documentation indique que le traitement d'entretien à la méthadone est une importante méthode de traitement pour les femmes qui consomment de l'héroïne. La méthadone les aide à gérer le sevrage à l'héroïne, réduit le comportement criminel, améliore leur bien-être physique et psychologique et permet aux consommateurs d'opiacés de se concentrer sur leur réadaptation sociale et professionnelle (*Office of the U.S. National Drug Control Policy, 1996*).

Dans leur étude portant sur ce qui encourage les femmes toxicomanes enceintes, Svikas et coll. (1997) ont découvert que les femmes entretenues à la méthadone suivaient près de deux fois plus de journées de traitement que les femmes qui ne sont pas entretenues à la méthadone, et qu'elles suivaient leur traitement pendant plus longtemps. Hagen et coll. (1994) soulignent que la méthadone peut grandement aider les clientes à maîtriser leur état de manque ainsi que le chaos qu'est devenue leur vie. La méthadone peut aussi les aider à mieux prendre soin d'elles-mêmes pendant leur grossesse (quoique l'utilisation de la méthadone pendant la grossesse doit être soigneusement surveillée). Dans une étude non comparative, Laken et coll. (1996) ont cerné cinq facteurs favorisant la rétention au traitement d'un groupe de femmes enceintes et ont remarqué que l'utilisation de la méthadone (fournie aux femmes héroïnomanes), la gestion organisée des cas et le transport vers le lieu de traitement étaient trois des facteurs qui contribuaient le plus à la rétention des clientes en traitement.

e) La méthode de collaboration et de gestion des cas

Laken et coll. (1996) ont remarqué qu'une bonne gestion des cas était un élément crucial du traitement efficace des femmes toxicomanes enceintes. Elle définit les éléments suivants comme faisant partie intégrante d'une bonne méthode de gestion des cas :

- évaluation, par le personnel, des besoins des clientes en matière de services sociaux et de soins de santé;

- planification et coordination des services;
- surveillance des services aux clientes (par des visites à domicile ou par des appels téléphoniques);
- défense des intérêts des clientes;
- apport de soutien tangible pour aider les femmes à avoir accès aux services (par exemple, financement, transport).

f) Choix adéquat du traitement en fonction des clientes

La documentation souligne l'importance de bien adapter les méthodes de traitement aux besoins des personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Mattson et Allen (tels que cités par Waltman, 1995) concluent que le fait d'appliquer le bon traitement aux besoins des clientes permet d'augmenter le taux de réussite du traitement de 10 p. 100. Cette méthode semble mieux réussir auprès de personnes ayant des problèmes moyennement graves liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Waltman estime qu'il est très important de tenir compte des tâches suivantes pour être en mesure d'adapter adéquatement un traitement à une cliente :

- la prise en compte des besoins des populations spéciales (par exemple, les besoins des femmes, des groupes ethnoculturels);
- le respect des choix définis par les clientes (choix personnel d'un traitement en fonction de leurs besoins propres);
- l'évaluation du besoin de structure qu'ont les clientes (y compris l'évaluation des locus de contrôle des clientes, de leur niveau conceptuel et de leur type d'alcoolisme);
- le niveau de gravité de leur toxicomanie;
- l'étape de la réadaptation;
- le niveau d'estime de soi de la cliente.

g) Services complémentaires (services pratiques)

Dans une étude sur les sans-abri (surtout des consommateurs de crack) dont 20 p. 100 étaient des femmes, Milby et coll. (1996) ont découvert que le fait d'ajouter des soutiens pratiques particuliers à une thérapie incitait les clients à s'inscrire à un traitement, même si le taux de rétention des groupes étudiés était faible.

h) Personnel sympathique, confiant et positif

Dans leur étude sur 24 femmes en réadaptation, Nelson-Zlupko et coll. ont découvert que la qualité des rapports entre le personnel et les clientes était le facteur le plus important en milieu de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

> Les caractéristiques relatives au sexe, à l'âge, à la race et à l'historique de l'alcoolisme et de la toxicomanie du conseiller ou de la conseillère étaient considérées importantes mais, de façon collective, pas autant que le fait que le conseiller ou la conseillère les traitait avec dignité et respect, avec une préoccupation sincère (Nelson-Zlupko et coll. 1996 : 55).

Les consultations auprès de bons conseillers ont été perçues par les clientes comme ayant contribué à leur assiduité accrue au traitement et même à leur sobriété. Dans une étude générale sur les clientes qui abandonnent le traitement, Allerman, O'Brien et McLellan (tels que cités par Waltman, 1995) définissent trois caractéristiques du personnel associées à l'abandon d'un traitement :

- une attitude d'hostilité et de confrontation;
- le manque de sympathie;
- un faible niveau d'attente et d'espoir de transformation.

i) Formation spécialisée du personnel

Il serait sans doute nécessaire de disposer d'un personnel ayant des compétences et une formation particulières pour dispenser des traitements à des groupes ayant des besoins spéciaux. Les femmes qui ont des troubles mentaux concomitants ont besoin de ce type de compétences spécialisées. Dans une étude sur les femmes toxicomanes (drogues et alcool) ayant des troubles psychiatriques concomitants, Grella a constaté que tant le personnel en toxicomanie (drogues et alcool) et que celui en soins de santé mentale avaient besoin de compétences spécialisées.

> [Le personnel qui dispense le traitement] . . . a besoin d'une formation en matière d'évaluation et de diagnostic psychiatrique, de méthodes de traitement pharmacologique, sur les étapes de la réadaptation en maladie mentale et sur les effets des traumatismes. Le personnel qui dispense les soins en santé mentale a besoin de formation sur les procédures et les effets de la désintoxication, sur l'évaluation de l'alcoolisme et de la toxicomanie et sur les différents types d'alcoolisme et de toxicomanie, sur le rôle de l'effort autonome, de même que sur les programmes en 12 étapes et sur les étapes de la réadaptation. (Grella, 1996 : 331)

j) Modèle de prise en charge de soi

Drabble a effectué un sondage auprès de dispensateurs de traitement afin de déterminer quels étaient les éléments d'un programme efficace de traitement en établissement pour les femmes alcooliques. Elle a découvert que le modèle de prise en charge de soi était étroitement lié aux expériences et aux résultats positifs du traitement.

> La plupart des répondants ont indiqué que le concept de prise en charge de soi était crucial pour la cliente en réadaptation et constituait un élément très important de la base et de la conception philosophiques des programmes (Drabble, 1996 : 17).

Dans une étude plus générale de la rétention au traitement des femmes en post-partum, Strantz et Welch (1995) ont remarqué que les modèles multidimensionnels incorporant la philosophie de la prise en charge de soi étaient étroitement liés à la rétention de ces femmes au traitement.

> Le type de traitement était un fort prédicteur de la rétention au traitement et des résultats. Près de la moitié des femmes admises au programme (intensif) ont terminé le traitement, alors qu'une sur cinq seulement a complété le programme (non intensif). Le programme (intensif) comptait une multitude d'éléments, comme une méthode cognitivo-comportementale, la philosophie de prise en soi des femmes, des modèles et du soutien du rôle parental, du personnel professionnel et para-professionnel presque entièrement de sexe féminin, ainsi qu'une gamme globale de services de soutien comme le service de garderie, le transport ainsi que des services médicaux, sociaux et éducationnels (Strantz et Welch, 1995 : 372).

k) Traitement des problèmes de violence sexuelle et d'autres expériences de victimisation

La recherche a démontré que les femmes ayant besoin de traitement sont souvent des survivantes de violence sexuelle (les taux varient entre 34 p. 100 et 86 p. 100, suivant l'étude). Copeland et Hall, 1992, Russell et Wilsnack tels que cités par Drabble, 1996 ont remarqué que l'inceste était lié à un faible niveau d'estime de soi, surtout chez les femmes alcooliques. Young (1990) constate qu'il y a un rapport étroit entre l'inceste et la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues.

Dans une étude sur les relations existant entre les expériences de victimisation vécues pendant l'enfance et le développement de problèmes reliés à l'alcool chez les femmes, Miller et coll. ont découvert que les deux-tiers des femmes alcooliques avaient été victimes d'une forme quelconque de violence sexuelle au cours de leur enfance comparativement à un cinquième ou à un tiers des

deux autres échantillonnages de femmes n'ayant pas de problèmes liés à la consommation d'alcool. Près de la moitié (45 p. 100) de l'échantillonnage constitué de femmes alcooliques, par rapport à 13 p. 100 et 18 p. 100 des échantillonnages composés de femmes n'ayant pas de problèmes liés à la consommation d'alcool, ont déclaré avoir été victimes de violence extrême de la part de leur père. Les taux de victimisation pendant l'enfance sont beaucoup plus élevés dans le cas des femmes en traitement ayant des problèmes associés à l'alcool comparativement aux femmes en traitement pour des problèmes de santé mentale n'ayant pas de problèmes liés à l'alcool.

> Ainsi, même lorsque les conditions de traitement demeurent constantes, la victimisation pendant l'enfance a un lien particulier avec le développement de problèmes liés à l'alcool chez les femmes. Ces conclusions demeurent importantes, même lorsque l'on tient compte des différences démographiques et des différences des antécédents familiaux, y compris les problèmes liés à l'alcool des parents. (Miller et coll., 1993 : 115)

l) Traitement des problèmes liés à la famille

Drabble (1996) constate que les cliniciens qu'elle a interviewés considèrent que les séances de sensibilisation et le counselling en groupe sur les questions du partenaire ou du rôle de parent constituent un élément crucial de tout programme de traitement des femmes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool. Toutefois, dans leur étude sur les besoins relatifs au traitement (définis par les femmes elles-mêmes), Swift et Copeland (1996) constatent que seul l'apport de services de garderie permettrait d'augmenter la rétention des femmes au traitement (le service de consultations familiales n'a pas été retenu).

Sur 24 femmes en réadaptation (Nelson-Zlupko et coll., 1996), 76 p. 100 ont indiqué que les services de consultations familiales constituaient un élément de services utile. Toutefois, un fort pourcentage de femmes considéraient que d'autres services comme le transport, l'aide à acheter des aliments, à obtenir du logement ainsi que les services de loisir étaient également utiles.

m) Autres éléments de meilleure pratique

D'autres méthodes dont ont parlé les répondants, notamment la réduction des méfaits et le modèle relationnel, n'ont pas encore été étudiées empiriquement, bien que le présent document aborde d'une certaine façon quelques-uns des éléments de ces modèles (le choix des clientes, l'importance accordée aux relations familiales et avec les enfants).

10. Rétention des clientes en traitement

10.1 Résumé du point de vue des experts

Nous avons demandé aux experts d'établir les approches, les méthodes et les structures organisationnelles de traitement qui aident à la *rétention* des femmes en traitement. La plupart des questions mentionnées ont déjà été décrites dans les sections 8.0 et 9.0 de notre étude. Nous allons donc nous contenter de les résumer ci-dessous. On retrouve également la documentation relative à ce sujet dans ces sections. Nous ne la répéterons donc pas ici.

Les experts ont souligné l'importance de faire correspondre le traitement au besoin de la cliente, considérant qu'il s'agit d'un des plus importants facteurs de rétention des femmes à un traitement. Le personnel d'un programme doit être en mesure d'évaluer, de concert avec les clientes, les besoins particuliers de celles-ci et offrir des ressources et des méthodes qui répondent à ces besoins sans qu'il n'y ait plan établi à l'avance. Il se peut que les besoins ne soient pas toujours interprétés ou décrits par le personnel de la même façon que les clientes. La souplesse et le choix sont de rigueur.

Tableau 11 : Les meilleures pratiques pour retenir les clientes en traitement : résumé du point de vue des experts

- Le traitement est souple - les femmes peuvent entrer et sortir comme elles le désirent.
- Le traitement offre des services de garderie et du soutien.
- On traite les enfants lorsque c'est nécessaire.
- Le traitement est axé sur la cliente et est personnalisé.
- Le traitement encourage les femmes à se prendre en main - à se fixer des objectifs de vie et à développer les compétences et les connaissances pour les atteindre.
- Le traitement est donné dans un contexte de relations familiales et de rapports avec autrui.
- On y traite de la façon dont les femmes se regardent et se traitent les unes les autres - il est important qu'elles établissent des liens et qu'elles prennent confiance.
- Les rechutes ne sont pas un facteur déterminant de la réadaptation.
- Le traitement offre toute une gamme de services.
- Le traitement aborde des questions pratiques (argent, logement, emploi, etc.).
- Le traitement vise des objectifs minimes et des succès à court terme.
- Le traitement (ou un élément important du traitement) est conçu en fonction du sexe de la clientèle.
- Le traitement correspond soigneusement aux besoins de la cliente.
- On planifie à l'avance le congé au traitement.
- Les membres du personnel respectent les clientes et collaborent avec elles.
- Les membres du personnel encouragent et intègrent constamment la rétroaction des clientes.

11. Organisation et durée du traitement

11.1 Organisation et durée du traitement : le point de vue des experts

11.1.1 Organisation du traitement

- Gamme de services harmonisés. Les experts se sont entendus sur le fait qu'il n'y a pas une façon unique d'organiser un traitement, mais qu'il faut offrir toute une gamme de choix, avec des soins harmonisés (allant des services les moins intensifs aux plus intensifs). Ces services devraient être choisis selon les préférences de la cliente et selon la portée et la gravité du trouble de consommation d'alcool et d'autres drogues.

Les experts ont indiqué que les formes suivantes de traitement devaient faire partie intégrante de cette gamme de services harmonisés :

- services de gestion du sevrage;
- lits réservés aux soins de relève;
- traitement en clinique externe de type communautaire;
- traitement mobile (à l'extérieur des lieux);
- traitement de jour intensif;
- traitement en établissement;
- services après le traitement (y compris soutien à la sobriété à domicile, contact à long terme avec le programme).
- services de soutien comme les services de garde et le transport.

- **Traitement en établissement ou en clinique externe**. Lorsque les experts ont indiqué leurs préférences, ils ont considéré le modèle de traitement en clinique externe comme étant le plus efficace pour la majorité des clientes :

> *Les femmes vivent dans leur propre milieu (s'il est sécuritaire) : c'est bon pour elles, c'est moins artificiel. Ça leur permet de travailler sur d'autres aspects de leur vie.*

L'un des experts a fait remarquer que les objectifs du traitement en établissement pouvaient être adaptés à plusieurs milieux de traitement en clinique externe. Ici encore, le choix est un facteur important.

> *Bien souvent les femmes entrent dans des centres de traitement parce qu'on ne leur a pas offert autre chose – ce qui fonctionne est ce que la cliente pense qui **fonctionnera** (par exemple, il existe un nouveau programme (intensif) qui se donne deux jours par semaine). Autrefois, ces femmes auraient dû entrer dans un centre de traitement à long terme et elles en auraient perdu leur vie.*

Plusieurs experts font cependant remarquer que certaines femmes ayant des problèmes plus graves ou vivant en milieu non sécuritaire ont besoin d'être traitées en établissement. Un « centre de traitement » peut aussi comprendre des « lits réservés aux soins de relève » à court terme.

> *Pour bien des femmes qui commencent enfin un traitement, leur toxicomanie dure déjà depuis longtemps; elles ont alors besoin de soins en établissement à plus long terme.*

***

> *On doit disposer de quelques lits réservés aux soins de relève dans un milieu sécuritaire – si, par exemple, au cours d'une fin de semaine une femme sent qu'elle n'en peut plus, elle pourrait alors avoir accès à un lit de relève à très court terme.*

- **Traitement mixte ou en groupe composé de gens de même sexe.** Les experts ont souligné l'importance d'offrir un traitement pour femmes seulement, ou au moins qu'il y ait un minimum d'éléments spécialisés pour les femmes dans un milieu de traitement mixte.

> *Le traitement doit être axé sur les femmes, mais ce ne sont pas toutes les femmes qui s'en rendent compte. Certaines femmes aiment les réunions A.A. mixtes, mais elles se rendent compte à la fin qu'elles préfèrent les programmes spécialement conçus pour les femmes.*

Les milieux mixtes comportent des défauts, comme le fait qu'il ne se concentrent pas sur le vécu des femmes, sur ce qui les concerne et sur le fait qu'elles pourraient être exposées à un milieu de traitement non sécuritaire.

> *Le traitement mixte peut comporter une dynamique de relations qui ne soit pas saine - un comportement par lequel on cherche à attirer l'attention (la vulnérabilité est attirante). Il n'est pas possible de se sentir en sécurité dans un milieu mixte. De la même façon, il serait important de décourager toute relation – elle distrairait de l'examen de soi-même (au cours des premières étapes) de la réadaptation.*

Les experts s'entendent quelque peu sur la valeur du traitement mixte dans des situations *particulières.*

> *Le traitement mixte permet parfois aux hommes et aux femmes de se rendre compte que leurs émotions sont semblables, de réduire l'excès de généralités à propos des hommes et d'avoir une compréhension plus saine des hommes. Il peut améliorer les chances de réussite de la thérapie – constituer un potentiel de croissance et de guérison.*

Selon un autre expert :

> *Lorsque les réunions n'ont pas un caractère officiel, le traitement mixte est positif. Lorsque les séances sont orientées sur le processus, il faut que le traitement soit conçu en fonction du sexe de la clientèle.*

Un des experts a suggéré qu'il serait bon d'appuyer tant les programmes conçus uniquement en fonction du sexe de la clientèle que ceux qui tiennent compte des particularités du sexe de la clientèle.

> *Il faut trouver une façon de traiter les femmes sur deux niveaux : il faut des programmes conçus uniquement en fonction du sexe de la clientèle et, dans chaque programme, des éléments plus particuliers au sexe de la clientèle. Les organisateurs de programmes mixtes disent que leurs programmes sont meilleurs, plus souples, que les femmes se rétablissent mieux, que les hommes se rétablissent mieux.*
>
> *Les séances mixtes peuvent s'avérer utiles lorsque le traitement est plus avancé. Les femmes vont devoir commencer à penser comment se comporter avec des hommes – elles doivent s'y habituer, s'y exercer. Mais il faut bien définir l'étape où l'on inclut les hommes dans le programme. Il ne faut pas jeter les femmes dans un milieu mixte. Elle doivent discuter dans des groupes uniquement féminins de quelle façon elles se comporteront en milieu mixte. Elles participent ensuite, deux à deux, à un groupe mixte, puis reviennent au groupe de femmes pour discuter de ce qui s'est passé.*

11.1.2 Durée du traitement

Les experts s'entendent fortement sur le fait que le traitement en établissement ne devrait pas durer moins de quatre semaines; plusieurs d'entre eux soutiennent qu'il faudrait établir une durée standard d'au moins cinq semaines. Les traitements en clinique externe devraient durer de trois à six mois, ou plus (jusqu'à un ou deux ans dans certains cas). Les experts ont souligné, cependant, que la souplesse était un élément clé de la planification de la durée d'un traitement, que celui-ci ne devait pas faire l'objet d'une normalisation rigide.

> La documentation fait état d'une durée de quatre à cinq semaines, mais qu'il faut un système qui permette de tenir compte de l'intensité des gens – les normes ne réussissent pas toujours.

11.2 Organisation et durée du traitement : le point de vue des experts

11.2.1 Organisation du traitement

- **Traitement en établissement et en clinique externe.** On retrouve peu de consensus dans la documentation sur l'organisation optimale du traitement (traitement en établissement, traitement de jour ou en clinique externe). Des examens antérieurs de la documentation sur l'efficacité relative des traitements en établissement et en clinique externe (Saxe et coll., et Annis, Miller et Hester, tels que cités par Finney et coll., 1996) démontrent ce qui suit :

> Il n'y a aucune preuve de la supériorité du traitement en établissement sur le traitement en clinique externe des alcooliques, bien que certains types de patients répondent mieux au traitement en établissement. (Finney, 1996 : 1774)

Finney et coll. ont analysé 14 études comparatives du traitement en établissement et du traitement en clinique externe. Aucune différenciation n'a été faite à l'égard des hommes et des femmes. Seulement sept études ont démontré que le milieu avait une influence sur les résultats du traitement.

> . . . les résultats notables de ces études étaient partagés, cinq d'entre elles indiquant que le traitement en établissement était supérieur et deux que le traitement de jour à l'hôpital était plus efficace (Finney et coll., 1996 : 1793).

Il y a toutefois un facteur plus important encore qui permet d'obtenir des résultats positifs (quelque soit le milieu de traitement) : c'est *l'intensité* du traitement. Finnney et coll. fait remarquer qu'il n'y avait pas encore assez de recherches dans ce domaine, surtout en ce qui a trait aux variations entre les milieux traditionnels de traitement en clinique externe et ceux qui se donnent à l'hôpital.

> . . . il doit y avoir des études qui permettent de comparer les différentes formes de traitement en établissement ou les différentes formes de traitement en clinique externe... des études sur les traitements alternatifs dans chaque type de milieu qui analyseraient les médiateurs et les modérateurs possibles des effets. Par exemple, il se peut que le traitement à l'hôpital soit plus efficace pour les gens souffrant de troubles médicaux ou psychiatriques graves, car il permet de mieux réduire ces symptômes que le traitement en établissement (Finney et coll., 1996 : 1792-1793).

Kissin (tel que cité par Finney et coll., 1996) signale que les patients socialement adaptés obtiennent de meilleurs résultats en suivant un traitement en clinique externe, alors que les patients socialement instables profitent mieux du traitement à l'hôpital. Dans une étude réalisée auprès de femmes en post-partum, Strantz et coll. (1995) ont découvert qu'un modèle de traitement de jour intensif était plus efficace pour les femmes toxicomanes au crack que le modèle conventionnel de conseils en clinique externe, en ce qui a trait à la rétention au traitement des clientes.

- **Traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle.** La documentation fait état de l'efficacité des milieux de traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle, bien que peu de recherches empiriques aient été réalisées dans ce domaine. Les résultats de l'étude de Swift et Copeland (1996) auprès d'Australiennes qui avaient suivi un traitement indiquent que la plupart de ces femmes (80 p. 100) n'avaient aucune préférence à l'égard d'un type de traitement. C'est le choix qui constituait le facteur le plus important.

Dahlgren et Willander (1989) ont comparé 200 femmes qui suivaient un traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle avec des femmes suivant un traitement dans des centres mixtes. Les femmes traitées dans l'unité spécialisée ont démontré d'importantes améliorations (comparativement aux femmes qui suivaient un traitement dans des centres mixtes) dans les domaines suivants :

- avec le temps, diminution du taux de consommation d'alcool (nombre de jours d'abstinence, au cours de la première et de la deuxième année);
- consommation moins élevée d'alcool lors des rechutes;
- moins de pertes de conscience et de troubles d'humeur;
- moins de rechutes.

Un plus grand nombre de femmes du groupe de traitement particulier aux femmes ont appris à gérer leur consommation « avec prudence et de façon sociale », sans effets négatifs apparents au cours de la période d'observation (entre une et deux années) après le traitement.

Il est prouvé que les hommes et les femmes réagissent différemment au traitement lorsque les hommes sont présents. Aries (telle que citée par Jarvis, 1992) a comparé des hommes et des femmes ayant suivi un traitement dans des groupes composés de personnes d'un seul sexe et dans des groupes mixtes. Elle signale que :

> les femmes des groupes mixtes se liaient moins aux autres femmes, parlaient moins de leur foyer et de leur famille et démontraient moins d'interaction dans l'ensemble.

> Les femmes traitées dans des groupes entièrement féminins démontraient une plus grande souplesse à l'égard de l'expression verbale, étaient plus ouvertes aux interactions individuelles et plus enclines à parler de leurs relations et de leurs sentiments personnels (Jarvis, 1992 : 1255).

Dans une étude portant sur des femmes souffrant d'alcoolisme, Duckert et Johnson (tels que cités par Jarvis, 1992) ont démontré que :

> Les groupes d'hommes semblaient plus axés sur les tâches, alors que les femmes utilisaient l'organisation en groupe pour discuter de questions de la vie, pour prendre rendez-vous à l'extérieur du traitement et pour organiser de l'aide pratique en ce qui a trait à la garde des enfants et au transport (Jarvis, 1992 : 1255).

Si l'on tient compte de l'importance que les femmes accordent aux problèmes familiaux et aux liens qu'elles établissent dans un groupe, on peut en conclure implicitement que la dynamique du groupe mixte pourrait nuire à la réadaptation de ces femmes. Baily (tel que cité par Jarvis, 1992) avance que les femmes retirent un soutien émotionnel et social d'un groupe entièrement féminin. Ce besoin d'appui est mis en lumière dans certaines études déterminant les coûts sociaux et l'isolement que vivent les femmes qui suivent un traitement (Beckman et Amaro, 1986).

Les résultats d'une étude de Swift et Copeland (1996) auprès de 267 femmes qui avaient reçu de l'aide pour lutter contre leur consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, ont démontré que parmi les femmes ayant suivi des programmes pour femmes seulement, 40 p. 100 affirmaient que le programme était une façon d'entrer en relation avec d'autres femmes et 35 p. 100 que ces programmes étaient plus sécuritaires. Seulement huit pour cent d'entre elles considéraient que ces programmes ne reflétaient pas la réalité de la société mixte de l'extérieur. Quarante-deux pour cent d'entre elles n'exprimaient aucun sentiment particulier à l'égard des programmes mixtes, alors que 11 p. 100 d'entre elles ne s'y sentaient pas à l'aise ni en sécurité.

Comparant les prédicteurs d'abandon de femmes suivant un traitement en milieu pour femmes seulement et de femmes en milieu mixte, Copeland et Hall (1992) concluent que ce sont des facteurs personnels qui correspondaient le plus souvent à l'abandon du traitement. Dans le cas des lesbiennes, des femmes ayant subi de la violence sexuelle pendant leur enfance et celles qui avaient des enfants à leur charge, le fait de suivre un traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle réduisait le taux d'abandon.

11.2.2 Durée du traitement*

Une fois de plus, il existe peu de documentation sur la durée de traitement optimale qui s'adresse *particulièrement* aux femmes. La détermination de la durée optimale est directement reliée à des facteurs comme les besoins des clientes, les caractéristiques de la consommation d'alcool et de drogues et les coûts associés au traitement.

Miller et Hester (tels que cités par Eliany et Rush, 1992) ont comparé les résultats de traitement court et long en établissement, et ont remarqué que les traitements de courte durée étaient aussi efficaces que ceux de longue durée. Certaines études utilisant des conceptions de rapprochement non aléatoires laissent entendre que les traitements de longue durée peuvent comporter un léger avantage.

Mosher et coll. (tels que cités par Spooner et coll., 1996) ont comparé 200 hommes et femmes ayant des problèmes de consommation d'alcool qui suivaient des programmes de 9 jours et de 30 jours en établissement. Lors des suivis effectués après trois et six mois, il n'y avait aucune différence entre les groupes en ce qui a trait à l'abstinence. Page et Schwab (tels que cités par Spooner et coll., 1996) ont comparé les résultats d'un programme en établissement de trois et de cinq semaines. Les résultats ont démontré peu de différence au plan de la consommation de la clientèle lors du suivi effectué après six mois.

En examinant les données de prédiction des résultats de traitement, Condelli et Hubbard (1994) ont analysé le lien entre la durée du traitement et les résultats obtenus. La recherche a été effectuée auprès d'hommes et de femmes de collectivités thérapeutiques. Ils ont découvert que plus les clients toxicomanes passaient du temps dans des collectivités thérapeutiques, moins il était probable qu'ils consomment de l'héroïne, de la cocaïne, de la marijuana et des drogues psychotropes et plus ils avaient de chance d'obtenir un emploi à plein temps et de ne pas commettre de crime contre les personnes au cours de l'année de suivi.

Gerstein et Harwood (tels que cités par Simpson et coll., 1997) ont remarqué que la durée du séjour dans un centre de traitement de la toxicomanie au sein de la collectivité est un des meilleurs prédicteurs des résultats du traitement. Dans une étude portant sur 435 patients qui avaient été libérés de trois programmes de traitement à la méthadone, Simpson et coll. ont découvert que :

> les utilisateurs quotidiens d'opiacés ayant suivi un traitement à la méthadone d'un an ou plus, avaient cinq fois plus tendance à démontrer de meilleurs résultats comportementaux au moment du suivi que les patients ayant suivi un traitement de plus courte durée (Simpson et coll., 1997 : 238).

---

* Pour de plus amples renseignements, voir *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999)

Des résultats antérieurs obtenus de programmes de traitement nationaux suggèrent également qu'une période de 12 mois est un seuil de rétention crucial au traitement à la méthadone. Cependant, Simpson et coll. font remarquer que certains patients ayant suivi des traitements relativement courts ont également démontré de l'amélioration avec le temps.

Long et coll. (1998) ont comparé l'efficacité et la rentabilité d'un programme en établissement de cinq semaines, d'un autre programme en établissement de deux semaines ainsi que d'un modèle de traitement de jour pour hommes et femmes alcooliques. En un an, 55,6 p. 100 des participants ont atteint l'abstinence ou une consommation d'alcool sans problèmes. On n'a observé aucune corrélation entre la prestation du programme et les résultats sauf que le programme le plus court semble le plus rentable. Les sujets de l'échantillon étaient modérément stables au plan social, ce qui laisse entendre que les membres de ce groupe auraient subi un traitement excessif s'ils avaient suivi un traitement intensif.

Sanchez-Craig et coll. (1989) ont découvert certaines preuves de l'efficacité de méthodes de traitement de courte durée de l'alcoolisme chez les femmes qui répondent aux critères de ce type d'intervention. Ils ont comparé, dans le cadre de cette étude, l'efficacité relative de trois méthodes de traitement de courte durée :

- **la méthode des lignes directrices** (trois séances de conseils à l'aide d'un dépliant);
- **la méthode du manuel** (trois séances d'enseignement, plus un manuel d'aide personnelle);
- **la méthode du thérapeute** (six séances et plus de formation sur les procédures visant à réduire la consommation d'alcool).

Lors des suivis effectués après 3, 6 et 12 mois, les femmes réussissaient généralement mieux que les hommes à réduire leur nombre de jours de consommation d'alcool après avoir suivi les méthodes brèves décrites dans le manuel. Elles réussissaient mieux à utiliser les méthodes des « lignes directrices » et celles du « manuel » que les hommes et avaient atteint de meilleurs résultats.

La variabilité de la documentation démontre clairement que le rapport entre les résultats et la durée des traitements repose davantage sur l'appariement approprié client/traitement que sur une méthode normalisée. Eliany et Rush soulignent ce qui suit :

> Une des principales conclusions à laquelle on arrive à la suite de l'examen de la documentation est le fait que, compte tenu de la diversité de la population qui suit un traitement, ce ne sont pas nécessairement tous les types d'intervention ou de programme qui peuvent être efficaces pour tous les types de personnes qui en ont besoin d'aide (Eliany et Rush, 1992 : 67).

12. Services complémentaires cruciaux nécessaires aux femmes qui suivent un traitement

12.1 Les services complémentaires cruciaux : le point de vue des experts

La documentation portant sur le traitement des femmes souligne fortement l'importance d'un ensemble de services à plusieurs éléments, d'un « menu » d'options pour les femmes nécessitant un traitement (voir section 9.). Les clientes peuvent avoir accès à ces ressources, soit dans le cadre des programmes, soit par l'intermédiaire des programmes. On a demandé aux experts de déterminer les services complémentaires les plus importants. (Voir le tableau 12)

Tableau 12 : Services cruciaux cités par les experts

- Développement des compétences professionnelles et des ressources connexes (formation à l'emploi, diplôme d'études secondaires, aptitudes à l'emploi).
- Services et ressources en matière de santé mentale.
- Services de santé pour répondre aux besoins de santé physique.
- Conseils, formation et éducation sur le rôle parental /comment redevenir parent.
- Liens à des soutiens de services sociaux.
- Services de garde d'enfants (pendant et après le traitement).
- Aide à obtenir un logement sécuritaire et abordable.
- Services d'appui à la famille.
- Aide au soutien financier.

12.2 Méthodes optimales de prestation des services complémentaires : le point de vue des experts

Les experts ont indiqué que la meilleure façon d'aider les clientes à obtenir des services de soutien était d'établir une solide collaboration entre les membres du personnel et les autres professionnels et personnes-ressources. Ils ont ajouté que cette collaboration devait reposer sur les éléments suivants :

- échange constant d'information au sein de la collectivité et réseautage;
- définition des ressources appropriées et des points d'aiguillage;
- élaboration d'un sens partagé de compréhension et de but (en collaboration avec les personnes-ressources de l'aiguillage);
- élaboration de protocoles d'aiguillage efficaces;
- identification des dirigeants au sein du réseau de collaboration.

La collaboration dans l'utilisation des ressources est à la base d'une gestion de cas efficace là où il y a un point d'admission central suivi d'une planification de cas, d'une gestion de cas et d'un suivi. Les experts ont également recommandé d'élaborer toute une gamme de programmes et de ressources à l'interne pour répondre aux besoins. Les

programmes eux-mêmes peuvent parfois fournir des services de garde à l'interne, ainsi que des ressources en matière d'éducation sur la santé et des ressources générales (comme les frais de transport).

> Vous pouvez intégrer certains de ces éléments au programme de traitement (par exemple, comment traiter la question des doubles diagnostics, la violence sexuelle, les troubles d'alimentation); certains d'entre eux doivent cependant être traités au sein de la collectivité et d'autres dans la période post-traitement.

Les experts ont indiqué que la méthode de prise en charge de soi aide les clientes à accéder aux services et à les utiliser.

> Informez la cliente des ressources disponibles. Ne faites pas les démarches à sa place - enseignez-lui plutôt à se prendre en charge en définissant bien ce qu'elle désire et en lui donnant de l'information sur les ressources. Donnez à la cliente la maîtrise de ses choix et aidez-la à accepter les conséquences.

13. Évaluation de l'efficacité du traitement

13.1 L'évaluation de l'efficacité du traitement : le point de vue des experts

On évalue toujours les meilleures pratiques en fonction d'un concept ou de plusieurs concepts de réussite pour les clients qui suivent un traitement. Nous avons demandé aux experts de déterminer quels sont les facteurs qui doivent être évalués pour démontrer l'efficacité d'un traitement.

De nombreux experts ont fait remarquer que l'évaluation d'un traitement était un domaine problématique, surtout à cause des difficultés qu'ils éprouvaient à suivre les clientes après le traitement et à cause du manque de clarté sur les indicateurs de mesure à utiliser. Les experts favorisent une méthode d'évaluation du traitement multidimensionnelle, mais ne savent pas vraiment comment soupeser ou intégrer certains facteurs qui permettraient d'obtenir une « représentation globale » des résultats de la cliente. Ils reconnaissent également que plusieurs aspects des effets du traitement sont qualitatifs, et qu'il existe peu d'outils normalisés pour évaluer ces derniers. De plus, la pression à utiliser des outils normalisés quantitatifs ne cesse de croître.

> *Il faudrait une façon standard d'évaluer les résultats – dès l'admission - il est très difficile de mesurer des concepts abstraits de la façon concrète que les bailleurs de fonds désirent.*

Certains experts ont fait remarquer que le fait de ne plus mesurer l'efficacité « finale » d'un traitement par le degré d'abstinence des clients a rendu l'évaluation des traitements plus compliquée.

> *Si l'on n'évalue plus l'efficacité du traitement par l'abstinence, il faudra alors évaluer la façon et les motifs de la consommation – il faudra porter des jugements sur les méfaits. Il faudra se concentrer sur le contexte et sur les conséquences de la consommation – chercher des réductions des montants consommés, des signes de contrôle de la consommation, des signes indiquant que la femme pense aux répercussions et aux réactions négatives et à la sécurité de ses enfants. . .*

Les experts ont établi que les domaines suivants doivent être pris en compte pour évaluer globalement les résultats d'un traitement suivi par le client :

- amélioration de l'état de santé physique (habitudes d'alimentation, gestion de la maladie, etc.);
- amélioration des rapports familiaux (sains);
- amélioration au plan du travail ou de l'acquisition de compétences professionnelles;
- amélioration de l'estime de soi (y compris de l'espoir pour l'avenir);
- abstinence ou réduction de la consommation;
- réduction des méfaits (moins de comportement à risque et présence d'un plan réaliste en cas de rechute), capacité de se protéger, même en consommant de l'alcool ou des drogues;
- réduction de la participation à des activités criminelles;
- importants changements dans le style de vie (amélioration du logement, des loisirs et des activités, meilleure capacité de gérer le stress);
- amélioration de la qualité de vie (telle qu'évaluée par la cliente).

13.2 L'évaluation de l'efficacité du traitement : examen de la documentation

Il n'y a pas assez de données sur l'évaluation des résultats du traitement des femmes. Selon Finkelstein et coll. :

> Les donnés sur les résultats des programmes conçus particulièrement en fonction du sexe de la clientèle sont rares, parce que la plupart des programmes (américains) qui contiennent des éléments d'évaluation, surtout ceux qui sont financés par le gouvernement fédéral, n'ont pas encore terminé leur processus d'évaluation (Finkelstein et coll., 1997 : 25).

On reconnaît que les indicateurs de résultats ne devraient pas mesurer que l'abstinence. Une vision plus large des mesures de résultats devraient inclure les points suivants :

- les habitudes de consommation;
- la fluctuation de l'abstinence;
- la quantité d'alcool consommée après le traitement;
- le nombre de journées d'abstinence;
- l'amélioration de l'exécution des rôles, des symptômes physiques;
- les problèmes de relations, les problèmes familiaux et les problèmes légaux (Finkelstein, 1997 : 25).

L'étude de la prédiction des résultats du traitement, résumée dans *Treatment Protocol Effectiveness Study* (Office of the U.S. National Drug Control Policy, 1996), qui a examiné les principaux résultats de recherche au plan national et demandé l'opinion de cliniciens et de chercheurs, a établi les évaluations de résultats les plus pertinentes (voir le tableau 13).

Tableau 13 : Définition d'un traitement efficace contre la toxicomanie

Adapté du *Treatment Protocol Effectiveness Study*
(Office of the U.S. National Drug Control Policy, 1996)

Résultats globaux	Définitions
• Consommation réduite de drogues primaires	– Abstinence – Période plus longue avant une rechute – Fréquence de consommation réduite – Réduction de la quantité de drogues consommées en tout et pendant chaque épisode
• Meilleur fonctionnement des consommateurs de drogues à l'égard de l'emploi	– Augmentation du nombre de jours travaillés – Adhésion à des programmes de formation ou à l'école (si nécessaire)
• Niveau de scolarisation amélioré	– Augmentation du nombre de jours à l'école – Adhésion à des programmes de formation ou à l'école (si nécessaire)
• Situation médicale améliorée et amélioration générale de la santé	– Moins d'hospitalisations – Moins de consultations chez le médecin – Moins de consultations à l'urgence
• Santé mentale améliorée	– Humeur améliorée – Réduction de la condition psychotique – Amélioration des traits de personnalité – Réduction du besoin de traitement de la santé mentale
• Amélioration des facteurs non criminels en matière de sécurité publique	– Réduction de l'incidence des accidents d'automobile, des visites à l'urgence et des amendes liés à la consommation de drogue

Les experts ont souligné que les indicateurs d'efficacité de traitement suivants s'appliquent particulièrement aux hommes et aux femmes ayant de graves problèmes liés à la drogue :

- réduction des activités criminelles;
- réduction de la consommation de drogue;
- réduction de la violence familiale;
- réduction du comportement à risque;
- augmentation du nombre de jours à l'emploi;
- transformation positive des valeurs sociales et au plan des réseaux.

Le moment choisi pour mesurer les résultats est une autre importante question méthodologique. Dans une étude des réactions au traitement à la méthadone selon les ethnies et le sexe, Hser et coll. ont analysé des données longitudinales de résultats multiples en rapport avec des modèles situés dans le temps pour évaluer la réussite d'un traitement (plutôt que d'effectuer des comparaisons en un seul point dans le temps). Ils en ont conclu que :

> La société s'inquiète de la toxicomanie non seulement parce que celle-ci cause des problèmes de santé chez chaque toxicomane, normalement aux frais du grand public, mais aussi parce qu'elle est associée à diverses autres incidences sociales et criminelles. Par conséquent, l'analyse des évaluations de résultats multiples, y compris les nombreux aspects de la consommation de drogues, du fonctionnement social et de la participation du système de justice pénale, doivent faire partie de toute étude d'évaluation de l'intervention. En outre, étant donné que la consommation compulsive chronique de narcotiques sous-entend normalement une rechute après une période d'abstinence, dans un cycle qui se répète souvent, les conclusions d'une évaluation fondée sur le seul critère de l'abstinence en un seul point d'observation sont inadéquates; en fait, elles risquent même d'être biaisées artificiellement tout simplement par la durée de l'observation du suivi. Il serait plus adéquat de procéder à une évaluation qui reflète chacune de ces évaluations de résultats multiples à titre de fonction de probabilité dans le temps; une autre étape renferme la détermination de facteurs explicatifs ou de prédicteurs qui peuvent contribuer aux fonctions de probabilité observées. L'analyse de la survie constitue une technique utile de l'analyse statistique de ces types de mesures de la durée (Hser et coll., 1990-91 : 1310).

Les modifications à la mesure des résultats doivent reposer sur les nouvelles attentes relatives au traitement et aux clients. Merrill considère que les attentes de la société en matière « d'abstinence permanente et totale sont trop élevées ».

> On croit qu'un traitement se compose d'un antibiotique et d'un vaccin, que la guérison est complète et sans rechute possible. Cette perception provient en partie du fait que la société voit les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues comme étant des problèmes graves plutôt que comme une maladie chronique accompagnée d'épisodes aiguës. (Merrill, 1998 : 175)

À cet effet, Merrill conclut ce qui suit :

> Nous devons cesser de croire qu'une personne cessera de consommer des drogues en permanence et plutôt commencer à appliquer des critères de résultats qui soient appropriés à d'autres candidats chroniques au traitement médical et considérer ces résultats à une échelle plus vaste de la société (Merrill, 1998 : 175).

Des recherches préliminaires (Merrill, 1998) indiquent que même si le traitement d'entretien à la méthadone n'élimine pas complètement la consommation d'héroïne, le taux de séroconversion au VIH est plus bas chez les patients qui suivent ce traitement. Une autre étude (Alterman, tel que cité par Merrill, 1998) indique que le *nombre* de fois qu'un client s'est retrouvé en traitement est étroitement lié à la réduction de la récidive. Ces résultats viennent appuyer le fait que l'on doit considérer les résultats d'une façon plus souple et multidimensionnelle (et moins clinique).

14. Résumé des éléments du programme modèle

Le tableau ci-joint présente un résumé des éléments du programme modèle tel que décrit par les experts, avec références à la documentation qui s'y rapporte. Ces références ne correspondent pas toujours exactement aux éléments cernés; il est donc recommandé que les lecteurs se rapportent au texte.

Les éléments de meilleures pratiques définis dans ce tableau reposent sur les observations des experts. Dans certains cas, la documentation suggère d'autres questions, lesquelles sont incluses dans le texte mais pas dans le tableau.

F3

Table 14: Éléments de programme modèle

Principes fondamentaux de traitement (tous les éléments)	• **Menu d'options** (Finkelstein et coll. 1997) • **Menu de méthodes** (Bureau de Reed, 1987, Zandowski, 1987, Drabble, 1996, Nelson-Zlupko et coll. 1996, the U.S. National Drug Control Policy, 1996, Swift et Copeland, 1996, Finkelstein et coll., 1997) • **Modèle de réduction des méfaits** (Creamer et McMurtrie, 1998; Lightfoot et coll., 1996b) • **Programme holistique** (Covington, 1998, Creamer et McMurtrie, 1998) • **Programme s'adressant à des besoins pratiques** (Booth et coll., 1992; Schleibner, 1994; Nelson-Zlupko et coll., 1996; Swift et Copeland, 1996) • **Programme conçu en fonction du sexe de la clientèle** (Dahlgren et Willander, 1989; Copeland et Hall, 1992; Jarvis, 1992; Schleibner, 1994; Nelson-Zlupko et coll., 1996; Swift et Copeland, 1996; Finkelstein et coll., 1997) • **Programme favorisant les liens entre les femmes** (Covington, 1998) • **Programme de soutien, coopératif, sans hiérarchie** (Finkelstein et coll., 1997; Covington, 1998) • **Programme reposant sur la prise en charge de soi** (Schliebner, 1994; Strantz et Welch, 1995; Drabble, 1996; Finkelstein et coll., 1997; Creamer et McMurtrie, 1998) • **Attitude de respect** (Kasl, 1995) • **Programme axé sur la clientèle** (Mattson et Allen dans Waltman, 1995; Finkelstein et coll., 1997; Creamer et McMurtrie, 1998) • **Programme favorisant la sensibilisation et l'éducation de la clientèle** • **Programme reposant sur les forces, non sur les faiblesses** (Finkelstein, 1993) • **Méthode féministe (voir ci-dessus les programmes conçus en fonction du sexe de la clientèle et de prise en charge de soi)**

Élément général du traitement	Accès au programme	Principes du traitement	Approches et méthodes	Dépistage
Prise de contact avec la cliente et engagement	• **Stratégie publicitaire multidimensionnelle** • **Vaste promotion (options multiples)** – **Accent mis sur la confidentialité** – **Présentation d'une gamme d'options de traitement** – **Gamme de traitements** – **Ligne sans frais** – **Accentuation des besoins des mères** (Finkelstein et coll., 1997). – **Accent mis sur la résolution des problèmes** • **Admission souple et ouverte au traitement** (Waltman, 1995; Grella, 1996). • **Traitement accessible en temps opportun et au plan de la structure** (Waltman, 1995; Swift et Copeland, 1996; Grella, 1996).	• **Axé sur les femmes** (Schliebner, 1994; Swift et Copeland, 1996; Finkelstein et coll., 1997; Covington, 1998a et b). • **Culturellement adéquat** (Ja et Aoki, 1993). • **Objectifs réalistes** • **Méthode de prise en charge de soi par les femmes** (Finkelstein et coll., 1997; Creamer et McMurtrie, 1998)	• **Menu d'options** (Schliebner, 1994; Swift et Copeland, 1996; Finkelstein et coll., 1997; Covington, 1998a et b) • **Offre de soutiens pratiques (de la vie quotidienne)** (Booth et coll., 1992; Nelson-Zlupko et coll., 1996; Swift et Copeland, 1996)	• **Collaboration avec les médecins** (Thom, 1986; Smith, 1992; Allen, 1994) • **Liens avec d'autres organismes communautaires** (Smith, 1992; Allen, 1994) • **Dépistage direct (dans la rue) des clientes** (Booth et coll., 1996; Finkelstein et coll., 1997)

Élément Général du Traitement	Accès au programme	Principes du traitement	Approches et méthodes	Dépistage	Famille
Approches et méthodes du traitement			• **Méthodes éducatives (santé, relations interpersonnelles saines et alimentation)** (Drabble, 1996) • **Éducation sur l'alimentation** • **Approche multidimensionnelle individualisée des troubles de l'alimentation** • **Présentation d'autres thérapies (voir Menu des méthodes)** • **Méthode psycho-bio-sociale** • **Modèle relationnel** (Zankowski, 1987; Covington, 1999) • **Méthode pratique de développement des compétences** (Zankowski, 1987; Adam et coll., 1999) • **Méthode centrée sur l'apprentissage par l'expérience** • **Prestation de services pour les enfants (voir Menu des méthodes) et compréhension** • **Acceptation des rechutes** • **Méthode cognitivo-comportementale** (Eliany et Rush, 1992) • **Soutien post-traitement** (*Office of the U.S. National Drug Control Policy, 1996)*	• **Aiguillage vers des spécialistes (voir Menu des méthodes)** • **Personnel comprenant des spécialistes** • **Élaboration d'un soutien communautaire post-traitement** (*Office of the U.S. National Drug Control Policy, 1996)*	• **Travail en couple et thérapie familiale** (Zankowski, 1987; Smith, 1992; Schliebner, 1994; Nelson- Zlupko, 1996) • **Examen des styles de rôle parental**

Élément général du traitementt	Accès au programme	Principes du traitement	Approches et méthodes	Dépistage	Relations entre le personnel et la clientèle	Famille
Rétention au traitement (plusieurs thèmes sont répétés ci-dessus)		• **Axé sur la clientèle et individualisé** (voir ci-dessus) • **La rechute n'est pas un critère déterminant du traitement** (voir ci-dessus) • **Menu d'options** (voir ci-dessus)	• **Admission souple** (voir ci-dessus) • **Modèle de prise en charge de soi par les femmes** (voir ci-dessus) • **Questions pratiques** (voir ci-dessus) • **Méthode conçue en fonction du sexe de la clientèle** (voir ci-dessus) • **Traitement choisi en fonction de la cliente** • **Congé planifié**		• **Personnel respectueux et égalitaire** • **Le personnel favorise une rétroaction constante**	• **Les besoins des enfants sont considérés prioritaires** (Swift et Copeland, 1996) • **Traitement offert dans un contexte de relations** (voir ci-dessus)
Organisation et durée du traitement		• **Gamme de services harmonisés pour répondre aux besoins des clientes** (Waltman, 1995; *Office of the U.S. National Drug Control Policy, 1996;* Finkelstein et coll., 1997; Creamer et McMurtrie, 1998)	• **Structure préférable en externe** • **Traitement en établissement préférable pour les groupes ayant de grands besoins** (Kissin cité par Finney, 1996) • **Traitement conçu en fonction du sexe de la clientèle (voir ci-dessus Conçu en fonction du sexe de la clientèle).** • **Participation mixte bien planifiée** • **Durée de 5 semaines (en centre de traitement)** (Miller et Kessler cités par Eliany et Rush, 1992) • **Clinique externe de 3 à 6 mois** (Gerstein et Harwood cités par Simpson et coll., 1997)			

Élément général du traitementt	Accès au programme	Principes du traitement	Approches et méthodes	Dépistage	Relations entre le personnel et la clientèle	Famille
Services complémentaires requis			**Services requis : (voir Menu d'options ci-dessus)** • **Développement des compétences à l'emploi et éducation** • **Services de soins en santé mentale** • **Services de soins en santé (physique)** • **Conseils, formation et éducation liés au rôle parental** • **Liens à des services sociaux et à du soutien familial** • **Services de garderie** • **Logement** • **Soutien financier (voir menu de services ci-dessus)**			
Organisation des services complémentaires			• **Méthode de collaboration (partage d'information, objectifs communs, réseau d'aiguillage bien établi** (Booth et coll., 1992; Waltman, 1995; Laken, 1996; Finkelstein et coll., 1997) • **L'organisme offre certains services sur les lieux** • **Tous les services sont loués en commun** • **Faire en sorte que les clientes apprennent à utiliser les services** (Booth et coll., 1992)			

15. Bibliographie sélective

Actes de l'Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues, tenu conjointement à Edmonton (Alberta) du 6 au 9 février 1994 par Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, la *Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* et la *Alberta Health AIDS Program*, Santé Canada, Ottawa, 1994.

Allen, Karen (1994). « Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women from their perspective », dans *The International Journal of the Addictions*, vol. 29, nº 4, p. 429 - 444.

Association canadienne pour la santé mentale, division de Terre-Neuve (1993), *Planning for Change: Women and Chemical Dependencies*. Compte rendu de conférence, St. John's, (T.-N.), 11-13 juin 1993.

Beckman, Linda (1994a). « Barriers to alcoholism treatment for women » dans *Alcohol, Health and Research World*, vol. 18, nº 3, p. 208.

Beckman, Linda (1994b). « Treatment needs of women with alcohol problems » dans *Alcohol Health and Research World*, vol. 18, nº 3, p. 206 - 211.

Beckman, Linda et H. Amaro (1986). « Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment » dans *Journal of Studies in Alcohol*, vol. 47, nº 2, p. 135 - 145.

Booth, R E., T.J. Crowley, et Y. Zhang (1992). « Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: Out-of-treatment opiate injection drug users » dans *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, vol. 42, p. 11 - 20.

Burman, Sondra (1994). « The disease concept of alcoholism: Its impact on women's treatment » dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol 11, nº 2, p. 121 - 126.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale (1999). *Profil canadien*. (Publication conjointe du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et du Centre de toxicomanie et de santé mentale).

Condelli, W. et R. Hubbard (1994). « Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities » dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 11, nº 1, p. 25 - 33.

Cook, Shirley Pinder et Scott Briar. « The effectiveness of indigenous recovering outreach counsellors in reaching substance abusing women of colour within the drug culture », réimpression nº 47, tiré de *The Source*, Berkeley National Abandoned Infants Assistance Resource Center, C.A.

Cooper, E.F. (1991). *Alcohol Use and Abuse by Women*. Compte rendu de recherche pour le Congrès des É.-U., Library of Congress, Washington, D.C.

Copeland, J. « A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed care in addictive behaviours » dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 14, nº 2, p. 183-190.

Copeland, Jan, et W. Hall. « A comparison of predictors of treatment dropout of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services », dans *British Journal of Addictions*, vol. 87, 1992, p. 883-890.

Covington, Stephanie (1998a). « The relational theory of women's psychological development: Implications for the criminal justice system », dans *Female Offenders: Critical Perspectives and Effective Interventions*, Aspen Publishers, Maryland, É.-U.

Covington, Stephanie (1998b). « Women in prison: Approaches in the treatment of our most invisible population », dans Harden, Judy, et Marian Hill, dir., *Breaking the Rules: Women in Prison and Feminist Therapy*, Éd. Judy Harden and Marian Hill, Haworth Press, New York.

Covington, Stephanie (1999). *Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA.

Creamer, Sue et Claire McMurtrie (1998). « Special needs of pregnant and parenting women in recovery: A move toward a more woman-centered approach », dans *Women's Health Issues*, vol. 8, nº 4, p. 239-245.

Cunningham, J. A. et L .C. Sobell (1993). « Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment », dans *Addictive Behaviours*, vol. 18, p. 347-353.

Dahlgren, L. et A. Willander (1989). « Are special facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility », dans *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 13, p. 499-504.

Davis, Shoni (1994). « Drug treatment decisions of chemically dependent women », dans *The International Journal of Addictions*, vol. 29, nº 10, p. 1287-1304.

Drabble, Laurie (1996). « Elements for effective services for women in recovery: Implications for clinicians and program supervisors », dans *Chemical Dependency: Women at Risk*. Éd. Brenda Underhill et D. Finnegan, Haworth Press, Binghamton, New York.

Eliany, M. et B. Rush (1992). « *How Effective are Alcohol and Other Drug Prevention and Treatment Programs? A Review of Evaluation Studies* », dans Rapport de base sur la Stratégie canadienne antidrogue, Ottawa.

Finkelstein, N. (1993). « Treatment programming for alcohol and drug-dependent pregnant women », dans *The International Journal of the Addictions*, vol. 28, no 13, p. 1275-1309.

Finkelstein, N. (1994). « Treatment issues for alcohol and drug-dependent pregnant and parenting women », dans *Health and Social Work*, vol. 19, nº 1, p. 7-15.

Finkelstein, N., N. Brown et C. Laham (1981). « Alcoholic mothers and guilt: Issues for caregivers », dans *Alcoholic Health and Research World*, vol 6, no 1, p. 45 - 49.

Finkelstein, Norma, Cheryl Kennedy, Katharine Thomas et Marie Kearns (1997). *Gender-Specific Substance Abuse Treatment*. Alexandria, VA, National Women's Resource Center for Prevention of Alcohol, Tobacco and Other Drug Abuse and Mental Illness.

Finney, J., A. Hahn et R. Moos (1996). « Effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects », dans *Addiction*, vol. 91, nº 12, p. 1773-1796.

Floyd, A. S., S.C. Monahan, J.W. Finney et J.A. Morley (1996). « Alcoholism treatment outcome studies, 1980-92. The nature of the research », dans *Addictive Behaviours*, vol 21, p. 413-428.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1996). *The Hidden Majority: A Guidebook on Alcohol and Other Drug Issues for Counsellors Who Work with Women*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

Giles, Lisa et Donna Jones-Coleman. « The Suquamish Tribe Honours Pregnant Women » dans un bulletin du Conseil du statut de la femme des T. N.-O.

Graham, Kathryn et Helen Annis (1996). « A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention », dans *Addiction*, vol. 91, nº 8, p. 1127-1139.

Grant, Bridget (1997). « Barriers to alcoholism treatment: Reasons for not seeking treatment in a general population sample », dans *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 58(4), p. 365- 371.

Grella, Christine (1996). « Background and overview of mental health and substance abuse systems: meeting the needs of women who are pregnant or parenting », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 28, nº 4, p. 319 - 343.

Hagan, T., L. Finnegan et L. Nelson-Zlupko (1994). « Impediments to comprehensive treatment model for substance dependent women: Treatment and research questions », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, nº 2, p. 163 - 171.

Hewitt David, Garry Vinje et Patricia MacNeil, Éd. *Horizons deux : mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les femmes au Canada.* Santé Canada, Ottawa, 1995. Cat. #H39-307/2-1996E.

Hser, Y., M. Anglin, et Y. Lin (1990 - 1991) : « Substance abuse treatment evaluation document: A survival analysis of gender and ethnic differences responsiveness to methadone maintenance treatment », dans *The International Journal of the Addictions*, vol. 25, nº 11a, p. 1295-1315.

Humphries, Keith et Brian Mavis (1991). « Factors predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment », dans *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, nº 4, p. 591-593.

Ja, D.Y. et B. Aoki (1993). « Substance abuse treatment: Cultural barriers in the Asian-American community », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 25, p. 61-71.

Jarvis, T J. (1992). « Implications of gender for alcohol treatment research: A quantitative and qualitative review », dans *British Journal of Addiction*, vol. 87, p. 1249-1261.

Kasl, Charlotte, Davis (1995). « *Yes, You Can! A Guide to Empowerment Groups* ». Basé sur les « 16 Steps from Many Roads, One Journey: Moving Beyond the 12 Steps ». Lolo, Mont. : Many Roads. One Journey.

Klein, D., D. Crim et E. Zahnd (1997). « Perspective of pregnant substance-using women: Findings from the California Perinatal Needs Assessment » dans «*Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 29, nº 1, p. 55 - 66.

Kuptana, Rosemarie (1993). « Keeping the circle strong in the North. Solvent abuse, alcohol, and drug strategies for the North ». *Canadian Women's Studies*, vol.14, nº 4, p.106 - 107.

Laken, M. P. et J.W. Ager (1996). « Effects of case management on retention in prenatal substance abuse treatment », dans *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 22, nº 3, p. 439.

Lightfoot, Lynn, Manuella Adrian, Gillian Leigh et Joy Thompson (1996a). « Women's use of and views of substance abuse », dans *Women's Use of Alcohol and Other Drugs in Canada*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto.

Lightfoot, Lynn, Manuella Adrian, Gillian Leigh et Joy Thompson (1996b). « Substance abuse prevention and treatment for women: A review of the scientific literature », dans *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto.

Loneck, Barry, J. Garrett et S. Banks (1997). « Engaging and retaining women in outpatient alcohol and other drug treatment: The effect of referral intensity », dans *Journal of Health and Social Work*, vol. 22, nº 1, p. 38-46.

Long, C.G., M. Williams et C.R. Hill (1998). « Treating alcohol problems: Study of program effectiveness according to length and delivery of treatment », dans *Addiction*, vol. 93, nº 4, p. 561-571.

McCrady, Barbara S. et Helen Raytek (1993). « Women and substance abuse: Treatment modalities and outcomes », dans Gomberg, E. S. L., et Ted Nurenberg, dir., *Women and Substance Abuse*, Ablex Publishers, Norwood (NJ).

Merrill, J. (1998). « Evaluating treatment effectiveness: Changing our expectations », dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15, nº 3, p. 175-176.

Milby, J.B., J.E. Schumacher, J.M. Raczynski, E. Caldwell, M. Engle, M. Michael et J. Carr (1996). « Sufficient conditions for effective treatment of substance abusing homeless persons », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 43, nº 1, p. 39.

Miller, B. A., W. R. Downs et M. Testa (1993). « Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use », dans *Journal of Studies on Alcohol*, suppl. 11, p. 109 - 117.

Monti, P.M., D. Abrams et J.A. Binkoff (1990). « Communication skills training communication for skills training with family and cognitive behavioural mood management for alcoholics », dans *Journal of Studies on Alcohol*, p. 532-547.

Nelson-Zlupko, Lani, M. Dore, E. Kauffman et K. Kaltenbach (1996). « Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness », dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 13, nº 1, p. 51-59.

Office of the National Drug Control Policy (1996). *Treatment Protocol Effectiveness Study, document électronique disponible à* http://www.ncjrs.org/txtfiles/trmtprot.txt (mars 1996).

Pekarik, G. et L. Zimmer (1992). « Relation of client variables to continuance of five types of alcohol treatment settings », dans *Addictive Behaviours*, vol. 17, p. 105-115.

Planning for Change: Women and Chemical Dependencies, compte rendu d'une conférence tenue du 11 au 13 juin 1993 à St. John's (Terre-Neuve).

Poole, Nancy (1999). « Preventing prenatal damage by caring for women », dans *Native Journal*, janvier, vol. 8 (1/2) 16.

Poole, Nancy et Barbara Issac (1999). *Mothering and Substance Use: An exploratory research study on barriers and supports for women who are pregnant and parenting when accessing services for alcohol and other drug problems*, Centre d'excellence en matière de santé des femmes de la Colombie-Britannique.

Reed, B.G. (1987). « Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult? », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 19, nº 2, p. 151-164.

Ries, Richard (1993). « Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients », dans *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 16, nº 1, p. 167-175.

Robertson, E. B. et J.F. Donnermeyer (1997). « Illegal drug use among rural adults: Mental health consequences and treatment utilization », dans *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 23, nº 3, p. 467-484.

Sanchez-Craig, M., G. Leigh, K. Spivak et H. Lei (1989). « Superior outcome of females over males after brief treatment for reduction of heavy drinking », dans *British Journal of Addiction*, vol. 84, p. 405-411.

Santé Canada (1996a). Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. *Les immigrantes et la toxicomanie : problèmes courants, programmes et recommandations*, Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services, Cat. #H39-336E/1996E.

Santé Canada (1996b). Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : de la problématique aux programmes.* Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services, Cat. #H39-364/1996E.

Santé Canada (1996c). Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : coup d'oeil sur un projet national dans trois communautés.* Ottawa: Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Cat. #H39-398/1997E.

Santé Canada (1997). *VIH/sida et consommation de drogues injectables : un plan d'action national.* Ottawa: Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Cat. #ISBN 1- 896323-22-7.

Santé Canada (1997). Bureau de l alcool, des drogues et des questions de dépendance. *Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues : analyse des résultats.* Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Cat. #M39-3381/ 1994E.

Santé Canada (1998). Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. *La stratégie canadienne antidrogue.* Ottawa: Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Cat. # H39-440/1998E.

Santé Canada (1999). Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation.* Ottawa : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Cat. # H39-438/1998E.

Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission (1993). *Drug treatment and the needs of special populations: Promoting opportunities for better health: Working Paper*, SADAC, Regina.

Schliebner, C.T. (1994). « Gender-sensitive therapy: An alternative for women in substance abuse treatment », dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 11, nº 6, p. 511-515.

Schober, Renate et Helen Annis (1996). « Barriers to help-seeking for change in drinking: A gender focused review of the literature », dans *Addictive Behaviours*, vol. 21, nº 1, p. 81-92.

Second National Treatment Improvement Study, Online. Document électronique à : http://www.health. Org/nties 97/concl.htm.

Simpson, D. Dwayne, G.W. Joe et G.A. Rowan-Szal (1997). « Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes », dans *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, vol. 47, nº 3, p. 227-235.

Smith, L. (1992). « Help seeking in alcohol-dependent females » dans *Alcohol and Alcoholism*, vol. 27, nº 1, p. 3 - 9,

Spooner C., J. Howard et R. Mattick (1996). *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales, (Australie), National Drug and Alcohol Research Centre.

Status of Women Council of NWT (1996). *Keeping Women and Communities Strong: Women, Substance Abuse and FAS/FAE: A NWT Needs Assessment*. (Yellowknife), Status of Women Council of NWT.

Stevens, Sally, N. Arbiler et P. Glider (1989). « Women residents: Expanding their role to increase treatment effectiveness in substance abuse programs », dans *The International Journal of the Addictions*, vol. 24, n° 5, p. 425-434.

Strantz, I.H. et S.P. Welch (1995). « Postpartum women in outpatient drug abuse treatment: Correlates of retention/completion », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 27, p. 357-373.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1997). *Substance Use Among Women in the United States*. Washington D.C.: Office of Applied Studies. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1999). *Substance Abuse Treatment for Women Offenders, Technical Assistance Publication Series No. 23* by Patricia Kassebaum. Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services.

Svikas, D. S., H. Lee et M.L. Stitzer (1997). « Attendance incentives for outpatients treatment: Effects in methadone and non-methadone maintained pregnant drug dependent women », dans *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, vol. 48, nº 1, p. 33-41.

Swift, W. et J. Copeland (1996). « Treatment needs and experiences of Australian women with alcohol and drug problems » dans *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, vol. 40, nº 3, p. 211-219.

Thom, Betsy (1986). « Sex differences in help-seeking for alcohol problems - 1. The Barriers to help-seeking », dans *British Journal of Addiction*, vol. 81, p. 777-788.

Thom, Betsy (1987). « Sex differences in help-seeking for alcohol problems - 2. Entry into treatment », dans *British Journal of Addiction*, vol. 82, p. 989-997.

Varcoe, Colleen (1998). *From "Better than Nothing" to "Best Practices": A background paper on "best practices" in health care in relation to violence against women*, conseil consultatif sur la santé féminine, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Wallen, J. (1992). « A comparison of male and female clients in substance abuse treatment », dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, p. 243-248.

Waltman, D. (1995). « Key ingredients to effective addictions treatment », dans *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, nº 6, p. 429-439.

Wenzel, S., P. Koegel et L. Gelberg (1996). « Access to substance abuse treatment for homeless women of reproductive age », dans *Journal of Psychoactive Drugs: A Multidisciplinary Forum*, vol. 28, nº 1, p. 17-30.

Wilke, D. (1994). « Women and alcoholism: How a male-as-norm bias affects research, assessment and treatment », dans *Health and Social Work*, vol. 19, n° 1, p. 29-35.

Wilsnack, S.(1991). « Barriers to treatment for alcoholic women », dans *Addiction and Recovery*, juillet-août, 11 (4) : 10.

Young, Enid (1990). « The role of incest issues in relapse », dans *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 22, nº 2, p. 249-258.

Zankowski, Gloria Lord (1987). « Responsive programming: Meeting the needs of chemically-dependent women », dans *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 4, nº 4, p. 53-66.

NOTES